

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE DOCTORALE PAR ARTICLES PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)
INTERVENTION EN ENFANCE ET EN ADOLESCENCE

PAR
STÉPHANIE FOURNIER

REPRÉSENTATIONS D'ATTACHEMENT ET CAPACITÉ DE MENTALISATION DES
ENFANTS HÉBERGÉS EN CENTRE JEUNESSE

15 JANVIER 2019

Le 15 janvier 2019

le jury a accepté la thèse de Madame Stéphanie Fournier dans sa version finale.

Membres du jury

Professeur Miguel Terradas, Directeur de recherche, Département de psychologie

Professeure Guadalupe Puentes-Neuman, Membre interne, Département de psychologie

Professeure Claud Bisaillon, Membre interne, Département de psychologie

Cette thèse est rédigée sous la forme d'articles scientifiques, comme il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 5.11 du Règlement facultaire des études de 2^e et 3^e cycles et dans les Règles institutionnelles pour les mémoires et thèses par articles) de l'Université de Sherbrooke. L'approbation pour produire une thèse par articles a été octroyée à Stéphanie Fournier par la personne responsable du doctorat professionnel en psychologie et par le vice décanat aux études supérieures et à la recherche. Le nom du directeur de recherche apparaît donc comme co-auteur des articles soumis pour publication.

Sommaire

Les enfants retirés de leur famille biologique pour être hébergés par les services de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ont souvent vécu des traumatismes relationnels précoces tels que l'abus sexuel et physique, les mauvais traitements psychologiques, la négligence et l'abandon (Ministère de la santé et des services sociaux, 2017). Ces expériences peuvent avoir des effets significatifs sur l'enfant, en affectant notamment le développement des capacités mentales et interpersonnelles essentielles à la régulation des émotions et du comportement (Allen, 2001). Ces enfants présenteraient d'ailleurs d'importantes problématiques pouvant être similaires à celles que l'on retrouve chez une population clinique (Fernandez, 2008). Ces traumatismes, se produisant dans l'interaction avec les figures de soins principales, peuvent affecter la qualité de la relation d'attachement qui se développe avec celles-ci, de même que les représentations mentales que l'enfant intériorise à partir de ses relations précoces. Ces traumatismes peuvent également nuire au développement de la capacité de mentalisation, soit la capacité de se représenter et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux (Fonagy & Target, 1996, 1997), cette capacité se déployant au sein même de la relation d'attachement (Fonagy et al., 1995). Selon la théorie, la qualité de la relation d'attachement qui se construit entre l'enfant et sa figure de soins influencerait le développement des capacités de régulation des émotions de l'enfant (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Allen, 2001; Main & Solomon, 1990), le développement de la personnalité et le fonctionnement psychosocial de l'enfant plus tard dans sa vie (voir Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988). La capacité de mentalisation serait également essentielle pour aider l'enfant à réguler ses émotions et son comportement (Fonagy et al., 1995). Ainsi, la présente thèse doctorale propose deux articles visant à étudier et approfondir les liens théoriques et empiriques entre la capacité de mentalisation et l'attachement. Le premier article est de type théorique. Sous la forme d'une revue de la documentation théorique, clinique et scientifique, il explore la relation entre les

patrons d'attachement, les représentations d'attachement et la mentalisation, plus précisément chez les enfants en situation d'hébergement en contexte de protection de l'enfance. Le deuxième article est de type empirique. Il présente une étude exploratoire de la relation entre les représentations d'attachement et la capacité de mentalisation chez un échantillon de 18 enfants d'âge scolaire hébergés en unités de réadaptation en protection de la jeunesse au Québec. Les représentations d'attachement sont mesurées à l'aide des Histoires d'attachement à compléter (HAC; Bretherton, Oppenheim, Emde, & The MacArthur Narrative Working Group, 2003) et de l'Entrevue sur l'attachement de l'enfant (*Child Attachment Interview*, CAI; Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta, & Schneider, 1998). La capacité de mentalisation est mesurée à l'aide de la *Child and Adolescent Reflective Functioning Scale* (Ensink, Target, Oandasan, & Duval, 2015), une échelle s'appliquant au CAI. Les résultats confirment chez ces enfants la présence importante d'un attachement insécurisant et d'une capacité de mentalisation déficitaire. Des liens significatifs ont été identifiés entre la capacité de mentalisation et certaines composantes formant les représentations d'attachement. Cette recherche a permis de comprendre davantage le lien entre ces concepts et appuie l'importance d'études ultérieures sur le sujet afin de pouvoir intégrer ces éléments de compréhension aux interventions auprès des enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces.

Mots-clés : mentalisation, représentations d'attachement, traumatismes relationnels précoces, enfants

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux et des figures.....	v
Remerciements	vi
Avant-propos	1
Premier article : Traumas relationnels précoces, représentations d’attachement et mentalisation chez l'enfant : mise à jour des connaissances et application au contexte de protection de la jeunesse.....	8
Introduction au deuxième article	37
Deuxième article : Représentations d’attachement et capacité de mentalisation d’enfants d’âge scolaire en contexte de protection de l’enfance : une étude préliminaire.....	41
Conclusion	87
Références	93
Appendice A : Histoires d’attachement à compléter.....	96
Appendice B : Entrevue sur l’attachement de l’enfant.....	97

Liste des tableaux

1. Développement de la CM : modes prémentalissants et acquis développementaux associés...	78
2. Définitions des échelles continues au Child Attachment Interview.....	80
3. Moyennes, écart-types et étendues de l'ensemble des variables.....	82
4. Corrélations entre les variables (HAC et CM).....	83
5. Corrélations entre les variables (CAI et CM).....	84

Liste des figures

Figure 1	85
Figure 2	86

Remerciements

J'aimerais avant tout remercier mon directeur de thèse doctorale, Professeur Miguel M. Terradas, pour m'avoir offert son accompagnement et un soutien d'une qualité irréprochable tout au long de ce projet. Il m'a transmis naturellement sa passion pour la compréhension du fonctionnement psychique de l'enfant et du développement de la mentalisation. Je le remercie pour son expertise, son savoir, son efficacité, sa disponibilité, sa patience ainsi que pour la grande confiance qu'il m'a témoignée tout au long de mon parcours doctoral.

Je remercie également Professeure Julie Achim, pour sa précieuse collaboration reliée à l'étude empirique de cette thèse, et dont le partage de son expertise a pu nourrir la présentation et les réflexions étayant cette recherche.

Je souhaite inévitablement remercier mes collègues Mélissa Paquette, Geneviève Dubé, Cécilanne Lepage-Voyer et Amélia Gontero pour leur contribution et leur investissement dans les processus de collecte des données et d'accréditation à la cotation de la capacité de mentalisation de l'enfant.

Je tiens de plus à souligner la contribution du personnel du Centre jeunesse de Laval, qui a accepté le déroulement de notre collecte de données dans leur milieu, ainsi que la très précieuse participation des éducateurs et des enfants, ayant permis à ce projet de se déployer.

Je tiens à exprimer un merci spécial à Sacha Daelman, Ph. D., de l'Université de Montréal, pour son aide précieuse au niveau des analyses statistiques, mais également pour son soutien émotionnel et le partage de ses réflexions.

Pour terminer, je tiens à remercier les étudiantes de ma cohorte d'études, que j'ai côtoyées tout au long de mon parcours doctoral et avec lesquelles j'ai pu partager toutes ces riches expériences. Je remercie grandement ma famille et mes ami(e)s pour leur soutien indéfectible dans mes projets, leur patience, leur confiance ainsi que leur compréhension de ce qu'exige l'accomplissement des études doctorales.

Avant-propos

Cette thèse comporte deux articles, le premier étant théorique, le deuxième étant empirique. Elle a pour objectif d'étudier les liens entre la capacité de mentalisation et les représentations d'attachement chez des enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces. En ce sens, les liens entre ces concepts ont été examinés plus spécifiquement dans le contexte des enfants hébergés par les services de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), ceux-ci étant souvent retirés de leur famille biologique pour des motifs de négligence, d'abus physique, d'abus sexuel ou d'abandon. D'autres motifs de placement sont également à considérer, tels que les troubles de comportement sérieux, bien qu'ils n'aient pas été considérés dans le cadre de la présente étude parmi les expériences de traumatismes relationnels précoces.

La DPJ a pour mandat d'intervenir lorsque la sécurité ou le développement des enfants ou des adolescents est compromis suite à un signalement effectué à cet effet. Dans la province de Québec, pour la période 2016-2017, 36 002 enfants ont été pris en charge par la DPJ, et 23,8 % d'entre eux l'ont été en raison d'abus physique, 21,7 % de négligence, 16,6 % de mauvais traitements psychologiques, 6,0 % d'abus sexuel et 0,2 % d'abandon (Ministère de la santé et des services sociaux; MSSS, 2017). Lorsque la sécurité ou le développement ont été évalués comme étant compromis, la DPJ s'assure de protéger l'enfant, par exemple en faisant un suivi dans le milieu familial d'origine, en confiant le jeune à un tiers significatif, en faisant appel à une ressource de type familiale, ou en hébergeant l'enfant dans un centre de réadaptation (MSSS, 2017).

Les expériences de négligence ou de maltraitance vécues par l'enfant représentent des traumatismes relationnels précoces dans la vie de celui-ci. Ces expériences traumatiques seraient associées à plusieurs difficultés au plan du fonctionnement de l'enfant, dont des problèmes de comportement, de l'hyperactivité, de l'agressivité, de la dépression, du trouble de stress post-

traumatique, des comportements autodestructeurs, des problèmes dans la sphère sociale et des difficultés de sommeil (Frederico, Jackson, & Black, 2008). Selon Allen (2001), ces expériences nuiraient au développement des capacités mentales et interpersonnelles nécessaires à la régulation des émotions. Tel que le résume Frederico et ses collègues (2008), en se basant sur ce qui ressort de plusieurs écrits dans la documentation sur le sujet, l'impact des traumatismes relationnels semblerait plus sévère si ceux-ci se produisent tôt dans la vie de l'enfant et s'ils surviennent de façon chronique et sur une longue période de temps. De plus, la nature et l'intensité des conséquences seraient influencées par le stade développemental auquel se situe l'enfant lors de l'expérience de négligence ou de maltraitance (Frederico et al., 2008).

Dans le cas des enfants hébergés par la DPJ, ces traumatismes surviennent généralement dans l'interaction avec la figure de soins, particulièrement durant les premières années de vie, ce qui peut affecter la qualité de cette relation (Frederico et al., 2008). Par exemple, cela peut nuire à la perception de la figure de soins en tant que source de sécurité pour l'enfant et qu'elle répondra à ses besoins. La qualité de la relation d'attachement, pouvant être de nature sécurisante ou insécurisante, aurait un impact considérable sur le fonctionnement interpersonnel de l'enfant (voir Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988) et le développement de ses habiletés de régulation des émotions (Ainsworth et al., 1978; Allen, 2001; Main & Solomon, 1990). À travers les expériences relationnelles avec la figure de soins, l'enfant se construirait ce que Bowlby a nommé des « modèles opérants internes » (MOI; Bowlby, 1973). Ces MOI sont des représentations mentales de soi et de l'autre, qui sont intériorisées et qui agiraient comme des modèles pouvant façonner les attentes de l'enfant dans ses interactions avec les autres dans l'avenir et, par conséquent, influencer ses perceptions et son comportement (Bowlby, 1973; Feeney, Cassidy, & Ramos-Marcuse, 2008). L'enfant se baserait sur ses représentations d'attachement pour s'autoréguler sur le plan émotionnel

et interpersonnel (Bowlby, 1973; Hawkins & Haskett, 2014; Steele, Hodges, Kaniuk, & Steele, 2010; Zaccagnino, Cussino, Saunders, Jacobvitz, & Veglia, 2014). Bref, le développement de la relation d'attachement avec la figure de soins ainsi que les représentations mentales découlant de cette relation ont un impact significatif sur les relations interpersonnelles futures de l'enfant.

Ces traumatismes relationnels précoces peuvent aussi avoir un impact sur le développement de la capacité de mentalisation de l'enfant, soit sa capacité de se représenter et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux, c'est-à-dire de pensées, d'attentes, de désirs, de besoins, de sentiments, de croyances et d'intentions (Fonagy & Target, 1996, 1997). Cette capacité à mentaliser se développe au sein de la relation d'attachement, à travers les interactions avec la figure de soins. L'enfant vient à comprendre l'existence et la signification des états mentaux via la présence d'une figure de soins sensible, disponible et soutenante, qui arrive à lui refléter les états mentaux qui sont à la source de ses comportements (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). C'est à partir d'une relation d'attachement sécurisante que l'enfant se sentira rassuré pour explorer et comprendre les états mentaux des autres (Allen et al., 2008). Le développement d'une capacité de mentalisation adéquate serait bénéfique pour l'enfant à plusieurs égards dans son fonctionnement psychosocial. Cela l'aiderait notamment à mieux comprendre et réguler ses émotions et son comportement, ce qui peut aussi favoriser sa capacité à atténuer les impacts dommageables des traumatismes (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 1995). Cette capacité aiderait également l'enfant à se former une représentation de l'état mental de l'autre, pouvant ainsi lui permettre de mieux comprendre la perspective des autres dans les relations interpersonnelles (Allen et al., 2008; Lawson, Davis, & Brandon, 2013).

Considérant l'impact de la relation d'attachement, des représentations qui y sont liées et de la capacité de mentalisation sur le fonctionnement psychosocial ultérieur de l'enfant, et considérant que ces éléments semblent se développer de façon concomitante, il apparaît important d'étudier les liens qui les unissent. Il semble particulièrement pertinent d'effectuer cette investigation chez les enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces, qui doivent composer avec les effets nocifs de ceux-ci sur leur développement. Ces liens ont été abordés dans la littérature théorique, mais peu, à notre connaissance, de façon empirique.

Contribution de l'auteur

Le premier article présenté dans cette thèse constitue une revue de la documentation portant sur l'attachement et la mentalisation, ainsi que les liens qui unissent ces concepts. Tout d'abord, la théorie de l'attachement est présentée, de même que la notion de représentations d'attachement. Les impacts de la relation d'attachement sur le fonctionnement psychosocial de l'enfant sont également abordés. Ensuite, les auteurs présentent le concept de mentalisation et décrivent la façon dont cette capacité se développe chez l'enfant afin de pouvoir y repérer les différentes étapes ainsi que l'importance des interactions avec la figure de soins dans son déploiement. Puis, la notion de traumatismes relationnels précoces est abordée afin d'expliquer comment les interactions avec la figure de soins, lorsqu'elles sont dysfonctionnelles, peuvent compromettre le développement d'un attachement sécurisant, de même que le développement de la capacité de mentalisation. Par après, cet article recense les résultats d'études empiriques existantes au sujet de l'attachement, de la mentalisation et de leur lien. Pour terminer, une illustration du lien entre les représentations d'attachement et la mentalisation dans le cas des enfants en protection de l'enfance est offerte afin d'intégrer ces concepts plus concrètement dans leur contexte de vie.

L'article a été accepté pour publication par la revue française *La Psychiatrie de l'enfant* à la suite de modifications mineures. Voici la référence de l'article :

Fournier, S. Terradas, M., & Guillemette, R. (sous presse). Traumas relationnels précoces, représentations d'attachement et mentalisation chez l'enfant : mise à jour des connaissances et application au contexte de protection de la jeunesse. *La Psychiatrie de l'enfant*.

Le deuxième article de cette thèse est de type empirique. Il s'agit d'une étude exploratoire du lien entre la mentalisation et les représentations d'attachement auprès de 18 enfants d'âge scolaire hébergés en unités de réadaptation en centre jeunesse. Cette étude s'inscrit à l'intérieur d'un projet de recherche plus vaste en collaboration avec le Centre jeunesse de Laval (CJL). Celle-ci vise à explorer, chez les enfants ayant vécu des traumas relationnels précoces, comment les représentations mentales à propos de leur relation avec leur figure de soins sont associées à leur capacité à mentaliser.

Pour cette étude, les Histoires d'attachement à compléter (HAC; Bretherton et al., 2003) ont été administrées afin d'évaluer divers éléments formant les représentations d'attachement des enfants. L'Entrevue de l'attachement de l'enfant, représentant la version française du *Child Attachment Interview* (CAI; Target et al., 1998), traduite par Ensink et le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval (2002), a également été administrée afin d'évaluer d'autres éléments formant les représentations d'attachement des jeunes participant à l'étude. L'échelle de fonctionnement réflexif pouvant être appliquée à cet instrument (Ensink et al., 2015) a permis de mesurer la capacité de mentalisation des enfants. Bien que la petite taille de l'échantillon limite la puissance statistique et la généralisation des résultats, ces derniers confirment chez ces enfants la

présence importante d'un attachement de type insécurisant et d'une capacité de mentalisation généralement déficitaire. Des liens significatifs ont été identifiés entre la capacité de mentalisation et certaines composantes formant les représentations d'attachement. Des tendances intéressantes observées dans les résultats ont de plus été discutées. Cette recherche a permis un approfondissement de la compréhension du lien entre les représentations d'attachement et la capacité de mentalisation, un sujet qui a été peu étudié empiriquement, surtout chez les enfants d'âge scolaire ayant vécu des traumatismes relationnels précoces.

L'article a été accepté pour publication par la revue *European Journal of Trauma and Dissociation* à la suite de modifications. Voici la référence de l'article :

Fournier, S., Terradas, M., Achim, J., & Guillemette, R. (sous presse). Représentations d'attachement et mentalisation d'enfants d'âge scolaire en contexte de protection de l'enfance : une étude préliminaire. *European Journal of Trauma and Dissociation*.

Premier article

Traumas relationnels précoces, représentations d'attachement et mentalisation chez l'enfant :
mise à jour des connaissances et application au contexte de protection de la jeunesse.

Traumas relationnels précoces, représentations d'attachement et mentalisation chez l'enfant : mise à jour des connaissances et application au contexte de protection de la jeunesse

Stéphanie Fournier¹

Miguel M. Terradas²

Rosalie Guillemette¹

¹ B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie, cheminement Intervention en enfance et en adolescence, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

² Ph.D., psychologue clinicien et professeur, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

Résumé

Les enfants en situation d'hébergement en contexte de protection de la jeunesse présentent des niveaux élevés de difficultés de comportement, d'adaptation, d'impulsivité et de régulation des émotions. Selon les écrits cliniques et théoriques, les traumatismes que ces enfants peuvent avoir vécus dans leurs relations d'attachement (p. ex., expériences de négligence, de maltraitance, d'abus) peuvent compromettre la qualité de la relation d'attachement ainsi que le développement de la capacité de mentalisation. Ces éléments, étroitement associés entre eux, joueraient un rôle essentiel dans la régulation émotionnelle et comportementale chez l'enfant et influenceraient son fonctionnement interpersonnel ultérieur. Dans cet article, la relation entre les représentations d'attachement et la mentalisation sera étudiée théoriquement. Une intégration de ces concepts, servant plus spécifiquement à la compréhension des difficultés des enfants en situation de protection de l'enfance, sera également présentée.

Mots-clés : mentalisation, représentations d'attachement, traumatismes relationnels précoces

Les enfants en contexte de protection de la jeunesse présentent d'importants problèmes de comportement et un fonctionnement adaptatif déficitaire (Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; Lawrence, Carlson, & Egeland, 2006). Notamment, ils peuvent manifester des conduites agressives et délinquantes ainsi que des difficultés sur le plan social. Ces comportements problématiques peuvent s'exprimer dans la relation avec les autres enfants hébergés et avec les intervenants. Cela est particulièrement important à prendre en compte, considérant les impacts que ces comportements peuvent avoir tant sur les processus de réadaptation lors de l'hébergement (p. ex., multiples changements de foyers d'accueil, épuisement des intervenants) que sur les relations avec les figures de soins substitutives et les autres enfants présents. L'occurrence des problèmes de comportement chez ces enfants pourrait en partie être expliquée par le fait d'avoir vécu des traumatismes plus tôt dans leur développement. En effet, les événements potentiellement traumatiques que ces enfants ont vécus, tels que l'abus sexuel et physique, la négligence et les mauvais traitements psychologiques, sont décrits comme affectant le développement des capacités mentales et interpersonnelles essentielles à la régulation des émotions et du comportement (Allen, 2001).

Plus spécifiquement, ces traumatismes se produiraient dans la relation d'attachement qui s'installe dans les premières années de vie de l'enfant avec sa figure de soins, où le parent serait l'auteur présumé des mauvais traitements (Association des centres jeunesse du Québec, 2015; Courtois, 2004), ce qui peut affecter la qualité de cette relation (Frederico, Jackson, & Black, 2008; Lawson, Davis, & Brandon, 2013). Selon la théorie de l'attachement, la qualité de la relation entre un enfant et sa figure de soins principale contribue à l'adoption de stratégies plus ou moins efficaces de régulation des émotions chez l'enfant (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Allen, 2001; Main & Solomon, 1990). En outre, la qualité des relations d'attachement influencerait le développement de la personnalité et le fonctionnement psychosocial de l'enfant plus tard dans sa vie (voir Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988). Au sein de cette relation d'attachement, l'enfant se forme des représentations, c'est-à-dire des idées associées à cette relation, qui sont intériorisées et qui, selon leur nature (sécurisante ou insécurisante), peuvent jouer un rôle dans la régulation des émotions et du comportement (Hawkins & Haskett, 2014).

D'autre part, les difficultés de régulation du comportement et des émotions peuvent être expliquées par des déficits au niveau de la capacité de mentalisation, soit la capacité de se représenter et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux (Fonagy & Target, 1996, 1997). Celle-ci se déploie justement au cœur de la relation d'attachement et

représente un acquis développemental essentiel pour aider l'enfant à réguler ses émotions et son comportement (Fonagy et al., 1995). Lorsqu'elle est déficitaire, elle jouerait un rôle important dans les difficultés des enfants au plan comportemental.

En résumé, les traumatismes relationnels précoces peuvent non seulement avoir un impact sur le développement de la qualité de la relation et des représentations d'attachement, mais aussi sur la capacité de mentalisation qui se développe au cœur même de cette relation. Considérant l'influence importante de la qualité d'attachement et de la capacité de mentalisation dans le fonctionnement psychosocial de l'enfant, il semble essentiel d'étudier le lien entre ces concepts. Sur le plan théorique, cette relation a été étudiée. Toutefois, il semble pertinent d'explorer également cette relation dans le contexte plus particulier des enfants en situation d'hébergement sous la responsabilité des autorités garantes de la protection de l'enfance.

Le modèle de l'attachement

L'attachement se définit comme un type particulier de relation affective unissant l'enfant à ses figures de soins, généralement ses parents. Il influence les attentes que l'enfant aura par rapport aux autres au cours de sa vie. L'attachement aurait pour fonction première de favoriser la proximité entre l'enfant et une figure de soins qu'il perçoit comme réconfortante et protectrice, particulièrement lors de difficultés ou dans les situations perçues comme menaçantes. Ceci aurait pour finalité l'atteinte d'un sentiment de sécurité chez l'enfant (Bowlby, 1988). Cependant, la nature de la relation d'attachement intériorisée différerait en fonction de la qualité des réponses parentales. Ces réponses peuvent varier de la sensibilité et la constance jusqu'à l'instabilité, le contrôle excessif ou même le rejet (DeWolff & van IJzendoorn, 1997; Goldsmith & Alansky, 1987). Ainsi, l'enfant développerait une base sécurisante d'attachement s'il vit majoritairement des interactions positives avec sa figure de soins, ce qui lui permettrait d'explorer l'environnement avec l'idée intériorisée qu'il sera soutenu émotionnellement lorsqu'il fera face à des difficultés (Bowlby, 1988).

La nature de la relation d'attachement entre l'enfant et sa figure de soins peut être d'une part sécurisante, ou d'autre part insécurisante. L'attachement insécurisant regroupe les types évitant, ambivalent (Ainsworth et al., 1978) et désorganisé (Main & Solomon, 1990). Ces patrons d'attachement chez les enfants sont identifiés sur la base de leurs réponses comportementales face à la séparation d'avec leur figure de soins. De ce fait, les enfants ayant un attachement sécurisant

exploreraient leur environnement de façon confiante en présence de leur figure de soins. En cas de détresse, ils rechercheraient la proximité et seraient aisément apaisés par celle-ci. De manière différente, ceux ayant un attachement ambivalent exprimeraient une détresse intense lors d'une séparation avec la figure de soins, mais ne seraient pas facilement consolés à son retour, montrant plutôt une résistance au contact. Les enfants qui ont un attachement de type évitant ne manifesteraient pas la détresse de façon apparente lors de la séparation et tendraient à ignorer ou à éviter activement la figure de soins à son retour (Ainsworth et al., 1978). Enfin, les enfants ayant un attachement désorganisé n'arriveraient pas à adopter de stratégies stables de régulation face au stress que représente la séparation et montreraient des comportements désorientés ou contradictoires envers la figure de soins (Main & Solomon, 1990). Ces réponses comportementales de la part des enfants sont observables, en contexte de laboratoire, par la procédure de la Situation étrange, développée par Mary Ainsworth, dans laquelle un enfant est confronté à un environnement étranger, à une personne étrangère, ainsi qu'à des épisodes de séparation et de réunion avec sa figure de soins (van Rosmalen, van Der Veer, & van Der Horst, 2015).

À partir de ses expériences relationnelles avec sa figure de soins, l'enfant se formerait un « modèle opérant interne » (MOI; Bowlby, 1973), c'est-à-dire l'internalisation de ses interactions avec les personnes qui lui sont significatives, servant de modèle de référence pour l'aider à s'autoréguler sur les plans émotionnels et interpersonnels. Ces MOI concerneraient des représentations de soi et de l'autre (p. ex., la façon dont l'enfant perçoit ses parents et leurs réponses à ses besoins) qui organiseront les interactions interpersonnelles futures, en guidant ainsi les attentes subséquentes de l'enfant envers les autres et, de ce fait, son comportement et ses réactions (Bowlby, 1982, 1988; Steele, Hodges, Kaniuk, & Steele, 2010; Zaccagnino, Cussino, Saunders, Jacobvitz, & Veglia, 2014). Il est à noter que les MOI sont étroitement liées aux patrons d'attachement, qui renvoient aux réponses comportementales de l'enfant par rapport à sa figure de soins (voir van Rosmalen et al., 2015). Toutefois, les représentations d'attachement font quant à elles plutôt référence aux images mentales intériorisées par l'enfant concernant sa relation avec sa figure de soins (Bowlby, 1973). Par exemple, l'enfant montrant des comportements d'attachement de type sécurisant aurait tendance à s'être formé une représentation mentale de sa figure de soins comme étant disponible et sensible. Plus concrètement, il pourrait s'attendre à ce que celle-ci perçoive facilement sa détresse ou ses besoins, qu'elle soit réceptive et qu'elle éprouve de l'empathie à son égard. Inversement, l'enfant insécure n'intérioriserait pas ce type d'attente

(Bowlby, 1969), c'est-à-dire qu'il pourrait se représenter sa figure de soins comme étant non disponible ou insensible à ses besoins. Plus précisément, l'enfant pourrait par exemple avoir comme attentes que celle-ci ne répondra probablement pas à ses besoins, qu'elle ne reconnaitra pas ses émotions et qu'elle n'agira pas de façon empathique. Ces attentes guideront les comportements adoptés par l'enfant, qui, par exemple, évitera d'exprimer ses émotions ou ses besoins à sa figure de soins.

Les MOI, qui se construisent à travers les expériences relationnelles significatives de la vie tôt dans l'enfance, ont la possibilité de se modifier et d'évoluer, mais cette possibilité de changement se rétrécit au fil du développement. En effet, ces représentations deviennent de plus en plus stables, ancrées et moins flexibles (Sroufe, 1988; Zaccagnino et al., 2014). Il est néanmoins possible que des représentations négatives de soi et de l'autre puissent être restructurées, notamment par les interactions avec une figure de soins alternative qui deviendrait significative pour l'enfant et qui serait davantage soutenance (Phelps, Belsky, & Crnic, 1998; Saunders, Jacobvitz, Zaccagnino, Beverung, & Hazen, 2011). Ces interactions pourraient agir, en fait, comme des *expériences réparatrices* pour l'enfant.

L'attachement est un sujet ayant fait l'objet d'une quantité importante d'études empiriques. Une méta-analyse, regroupant des études auprès d'échantillons cliniques et non cliniques, suggère que 52 % des enfants manifesteraient un attachement sécurisant, 21 % un attachement évitant, 5 % un attachement ambivalent et 21 % un attachement désorganisé (van IJzendoorn, 1995). Si l'on se penche plus précisément sur les enfants en contexte d'adoption, une étude américaine réalisée auprès de 50 enfants âgés de 12 à 24 mois a mesuré l'attachement des enfants à leur mère adoptive à l'aide de la Situation étrange. Cinquante-deux pourcent de ceux-ci présentaient un attachement sécurisant, 6 % un attachement évitant, 8 % un attachement ambivalent et 34 % un attachement désorganisé (Dozier, Stovall, Albus, & Bates, 2001). En contexte institutionnel, une étude effectuée auprès de 95 enfants âgés entre 12 et 31 mois, placés en institutions en Roumanie, a également évalué l'attachement à l'aide du protocole de la Situation étrange. Cette étude a montré que 18 % de ces enfants présentaient un attachement sécurisant, 3 % un attachement évitant, 0 % un attachement ambivalent, 62 % un attachement désorganisé et 12 % un attachement non classifiable dû à une absence de comportements d'attachement (Zeanah, Smyke, Koga, & Carlson, 2005). La comparaison de ces deux dernières études fait ressortir une proportion plus importante d'attachement désorganisé en contexte institutionnel, ce qui peut démontrer l'influence des

caractéristiques du milieu de vie sur l'attachement (p. ex., la stabilité de la figure de soins alternative, le nombre d'enfants vivant dans le milieu).

Attachement insécurisant et traumas relationnels précoces

Les comportements de la figure de soins, en réponse aux besoins de l'enfant, sont déterminants dans le type d'attachement qui se développe chez l'enfant, soit sécure ou insécure (Goldsmith & Alansky, 1987). Lorsqu'une figure de soins adopte des comportements de rejet, de négligence ou d'abus envers son enfant, celui-ci vit alors des expériences qui réfèrent à des *traumas relationnels précoces* (Bonneville, 2010), faisant obstacle au développement d'un attachement sécurisant. Cela peut conséquemment amener l'enfant à développer des représentations mentales de nature insécurisante, comme l'idée que sa figure de soins ne lui offrira pas le réconfort qu'il réclame ou ne répondra pas à ses besoins.

Le développement d'un attachement insécurisant serait notamment lié à une régulation inefficace ou dysfonctionnelle dans la relation dyadique entre la figure de soins et l'enfant en bas âge (Sroufe, 2000). En effet, dans un moment de détresse, le système d'attachement de l'enfant est activé, l'amenant ainsi à rechercher des soins et du réconfort auprès d'une figure de soins disponible et sensible. Lorsque la régulation n'est pas efficace, par exemple lorsqu'il y a présence de perturbations dans la communication affective entre la figure de soins et l'enfant, cela peut faire en sorte que la détresse ressentie par l'enfant soit exacerbée plutôt qu'apaisée par cette figure. Ces perturbations dans la communication affective, lorsqu'elles surviennent de façon continuelle, peuvent également référer à des *traumas relationnels précoces* dans la vie de l'enfant (Bonneville, 2010). L'accumulation de ces perturbations aurait en fait un impact négatif qui peut se comparer à l'impact traumatique d'événements isolés de négligence, de maltraitance ou d'abus (Franzcp, Furber, & Segal, 2011; Tarabulsy et al., 2008). La communication affective peut devenir perturbée si, par exemple, la figure de soins demeure centrée sur elle-même alors que l'enfant est en détresse, invite l'enfant vers elle mais bloque ensuite son approche, émet des comportements négatifs intrusifs, ou encore, affiche des émotions négatives qui sont incongrues avec l'affect ressenti par l'enfant (Lyons-Ruth, 2008). La recherche relève des liens étroits entre le fait d'avoir vécu des traumas relationnels précoces et le développement d'un attachement insécurisant. L'exposition à des soins insensibles et à des comportements de maltraitance (pouvant inclure l'abus et la négligence) seraient parmi les plus nocifs pour l'enfant dans son développement. Des études ont

démontré empiriquement que les enfants ayant vécu de la maltraitance avaient plus tendance à montrer un attachement insécurisant, et principalement de type désorganisé, comparativement aux enfants non-maltraités vivant dans un contexte socio-économique similairement faible (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2010). D'autres études soulignent qu'un attachement insécurisant, et particulièrement l'attachement désorganisé, serait associé à des réponses parentales inadéquates et à des traumatismes chez l'enfant (Alexander, 1992; Lyons-Ruth & Block, 1996; Lyons-Ruth, Connell, & Zoll, 1989).

Attachement et fonctionnement psychosocial

La recherche longitudinale sur le sujet a fait ressortir des liens entre l'attachement lorsque l'enfant est en bas âge et son fonctionnement psychosocial plus tard dans la vie. Les enfants ayant un attachement sécurisant auront tendance à manifester une meilleure estime de soi, une plus grande autonomie, plus de flexibilité dans la gestion des impulsions et des sentiments, et une tendance à s'engager positivement avec les pairs (Sroufe, 2000). D'autres auteurs ont également souligné que ces enfants se montrent généralement plus habiles et empathiques dans leurs relations sociales (Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999). Après un sentiment de contrariété, ils auraient tendance à récupérer plus rapidement (Sroufe, 2000). D'autre part, les recherches montrent une association entre un attachement insécurisant chez l'enfant et plusieurs difficultés telles qu'une propension à la frustration et à l'hostilité, la désorganisation face au stress, les problèmes de comportement, de moins bonnes performances cognitives, le manque d'empathie, une moins bonne compétence sociale, de même que des difficultés dans les relations avec les pairs ainsi que dans la gestion des émotions et de l'agressivité (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Sroufe, 2000; Stams, Juffer, & van IJzendoorn, 2002; Zaccagnino, Cussino, Preziosa, Veglia, & Carassa, 2015). De plus, ils seraient plus à risque de problèmes émotionnels et comportementaux, tels que les troubles anxieux, l'agressivité, le trouble des conduites et la dépression (Sroufe, 2000). Les écrits sur le sujet soulèvent la présence de plusieurs liens entre la qualité de l'attachement et divers aspects du fonctionnement de l'enfant, l'attachement de type désorganisé ayant été le plus fortement lié à la psychopathologie (Groh et al., 2012; Sroufe, 2000; Zaccagnino et al., 2015). Plus spécifiquement au sujet de la capacité de régulation émotionnelle, il a de même été documenté que les interactions avec la figure d'attachement contribueraient au développement des régions du cerveau responsables de la régulation des émotions, ce qui peut ainsi influencer l'adoption des

comportements liés à cette habileté (Schorre, 2001; Sroufe, 1995).

Outre la relation et les représentations d'attachement, un élément connexe demeure essentiel à considérer dans la compréhension du fonctionnement psychosocial des enfants, soit la capacité de mentalisation.

La mentalisation

L'attachement est intimement lié au développement de la capacité de mentalisation, soit l'habileté à se représenter et à interpréter ses comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux, c'est-à-dire de pensées, d'attentes, de désirs, de besoins, de sentiments, de croyances et d'intentions (Fonagy & Target, 1996, 1997). La capacité de mentalisation serait essentielle au développement de l'enfant, jouant, tout comme l'attachement, un rôle important dans son fonctionnement psychosocial. C'est précisément dans le contexte des relations d'attachement que la capacité à mentaliser se déploierait (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). L'attachement sécurisant, favorisé par la sensibilité et l'empathie de la figure de soins envers son enfant, serait une condition propice au développement de la mentalisation. Plus précisément, le fait que la figure de soins, à travers les interactions avec son enfant, émette des commentaires appropriés sur les états mentaux de celui-ci attirerait l'attention de l'enfant sur l'existence et, éventuellement, sur la signification des états mentaux, ce qui faciliterait le développement de la mentalisation (Allen et al., 2008).

Le développement d'une bonne capacité de mentalisation permettrait à l'enfant de donner un sens à ses actes et à ceux des autres, et ainsi de les rendre compréhensibles et porteurs d'intention (Allen et al., 2008). Une capacité adéquate à mentaliser aide également l'enfant à mieux comprendre les émotions, ce qui l'amène à pouvoir mieux réguler les impacts néfastes des traumatismes, et par le fait même, ses comportements face à ceux-ci (Fonagy et al., 1995). En outre, chez les enfants, une bonne capacité de mentalisation serait associée à une meilleure compétence sociale (Lalonde & Chandler, 1995), à l'adoption de comportements empathiques (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner, & Chapman, 1992) ainsi qu'à des relations positives avec les pairs (Dunn & Cutting, 1999). Inversement, un déficit au niveau de la mentalisation affecterait la capacité de comprendre et de réguler ses émotions et son comportement, ce qui peut notamment donner lieu à des conduites impulsives et à une tendance aux passages à l'acte (Allen et al., 2008; Eizirik & Fonagy, 2009). Cela peut également avoir un impact au plan des relations interpersonnelles.

Effectivement, une défaillance au niveau de la capacité de mentalisation implique la difficulté à se former une représentation de l'état mental d'autrui. Cela peut alors rendre difficile la considération de la perspective de l'autre, limitant ainsi la collaboration dans les interactions (Lawson et al., 2013).

Développement de la mentalisation

Selon Fonagy et Target (Fonagy & Target, 1996, 2000, 2007; Target & Fonagy, 1996), le développement de la mentalisation se ferait chez l'enfant en plusieurs étapes, appelées *modes de pensée*. De la naissance jusqu'à environ un an et demi, le bébé est centré sur les attributs physiques des personnes et des objets qui l'entourent. Alors, les intentions qu'il leur attribue sont fondées sur ce qui lui est observable et concret. À cette étape, l'interprétation d'une action est basée sur sa conséquence. Ceci correspondrait au mode *téléologique* (Gergely & Csibra, 1997). Ensuite, la période de la petite enfance est caractérisée par deux modes de pensée : le mode d'*équivalence psychique* et le mode *fictif* (ou *comme si*). Ceux-ci permettent à l'enfant d'établir une relation entre son expérience interne et la réalité externe, et ainsi comprendre ses propres comportements et ceux d'autrui (Schmeets, 2008). Lorsque l'enfant se trouve dans le mode d'*équivalence psychique*, environ entre l'âge d'un an et demi et trois ans, il assume que ce qu'il pense existe aussi dans le monde physique (Fonagy & Target, 2006). Il n'a pas encore développé la compréhension que les phénomènes mentaux, tels que la pensée et l'imagination, sont des productions de son esprit, et qu'ils ne reflètent pas nécessairement la réalité extérieure. Bref, pour lui, le monde interne est équivalent au monde externe et les perspectives alternatives sont difficilement tolérables ou envisageables (Allen et al., 2008; Bateman, 2010). Le mode *fictif*, quant à lui, se déploie environ entre l'âge de trois et quatre ans et se distingue par la prise de conscience, chez l'enfant, que son expérience interne ne reflète pas le monde externe tel quel (Allen et al., 2008). Dans ce mode, les états mentaux seraient tout à fait distincts de la réalité. En effet, l'enfant ne peut prétendre, par exemple dans le jeu, et s'investir avec la réalité simultanément (Fonagy & Target, 2006). C'est l'intégration de ces trois modes de pensée, appelés *modes prémentalising*, qui représente la base pour le développement de la mentalisation. Enfin, un enfant qui atteint le *mode mentalisant*, à partir d'environ cinq ou six ans, arrive alors à intégrer ensemble le monde interne et externe puis à faire des liens entre les comportements et les états mentaux (Allen et al., 2008). Il est à noter que cette capacité à mentaliser peut se développer difficilement lorsque l'enfant est soumis à des expériences

traumatiques en bas âge (Allen et al., 2008; Fonagy & Target, 2006). Également, face à une expérience traumatique, cette capacité peut se détériorer, pouvant ainsi amener un individu à régresser vers l'un des modes prémentalissants (Allen et al., 2008; Fonagy & Target, 2006).

Interactions avec la figure d'attachement et développement de la mentalisation

Les interactions entre la figure de soins et l'enfant peuvent favoriser ou nuire au développement de sa capacité de mentalisation. Tout d'abord, lorsque la figure de soins dispose d'une bonne capacité à comprendre et refléter les états mentaux de l'enfant, cela favoriserait le développement d'un attachement sécurisant (Fonagy & Target, 2005). Ceci permettrait à l'enfant d'avoir une base stable pour pouvoir explorer et comprendre les états mentaux des autres (Zaccagnino et al., 2014). Plus précisément dans son interaction avec l'enfant, la *fonction miroir* (Winnicott, 1963), exercée par la figure de soins, est un élément essentiel au développement de la mentalisation de l'enfant. En effet, lorsque la figure de soins donne une rétroaction à l'enfant qui est congruente par rapport à ce qu'il vit (c.-à-d. un juste accordage des affects), cela aiderait l'enfant à développer une représentation mentale de ses propres états émotionnels, tout en la reliant à qu'il ressent sur le plan corporel. Ces représentations constitueraient une base pour le développement de la mentalisation et, par le fait même, pour la régulation des émotions. Bien que cette rétroaction doive être congruente, la figure de soins doit également refléter les affects d'une façon qui est différenciée (soit le marquage des affects), c'est-à-dire d'une façon légèrement exagérée, ce qui peut amener l'enfant à comprendre que ses états mentaux sont subjectifs et qu'ils ne sont donc pas nécessairement vécus tels quels chez l'autre. De plus, la contingence de la rétroaction est importante, c'est-à-dire qu'elle doit être communiquée dans un délai assez rapproché par rapport à l'état de l'enfant afin que ce dernier saisisse l'association entre son état et cette rétroaction. Enfin, il est essentiel que la figure de soins respecte les cycles d'engagement et de désengagement de l'enfant. Par exemple, si le bébé joue avec un mobile et qu'il manifeste du plaisir en regardant les mouvements répétés des figurines, il ne serait pas nécessaire d'interrompre ce jeu afin d'attirer l'attention de l'enfant vers le parent. On pourrait faire l'hypothèse qu'il s'amuse avec cet objet et qu'il n'a pas besoin que la figure de soins s'engage dans une interaction avec lui. Par contre, lorsque l'enfant pleure puisqu'il a faim ou nécessite simplement d'être réconforté par la figure de soins, il est attendu que celle-ci reconnaisse le besoin du bébé et s'engage dans une interaction avec lui. Ces types d'interaction entre la figure de soins et l'enfant, correspondant à la *fonction miroir*, aident

l'enfant à réaliser qu'il existe en lui des pensées, des intentions et des sentiments, et qu'il en est de même chez les autres. L'enfant apprend également à faire la distinction entre ce qui appartient à son monde interne et ce qui provient de l'extérieur (Fonagy & Target, 1996).

En résumé, l'enfant développe sa capacité à se représenter ses états mentaux via la capacité de sa figure de soins à lui refléter ceux qui sous-tendent son comportement et les manifestations ressenties au niveau corporel. La mentalisation est donc d'abord un processus intersubjectif qui devient graduellement intrapsychique : elle est initialement effectuée par le parent, ensuite par l'enfant à l'aide du parent et, finalement, par l'enfant lui-même. Ainsi, la figure de soins, par ses comportements, soutient l'intégration chez l'enfant des modes prémentalising, permettant l'émergence de la capacité de mentalisation (Fonagy & Target, 2000).

Traumas dans la relation d'attachement, dysfonctionnement de la fonction miroir et mentalisation

Aux termes de ce qui précède, les traumas dans la relation d'attachement ayant été vécus par les enfants en situation d'hébergement, tels que les comportements abusifs et la négligence émotionnelle de la part des parents, reflètent une absence d'empathie qui compromet non seulement le développement d'un attachement sécurisant, mais qui peut également inhiber le développement de la mentalisation (Allen, 2001; Allen et al., 2008; Fonagy, Gergely, & Target, 2007). Si les interactions avec la figure d'attachement ont une influence importante sur le développement de la capacité de l'enfant à mentaliser, il va sans dire que les traumas vécus dans cette relation à l'autre ont un impact marquant sur cette capacité. Plus spécifiquement, ces traumas peuvent amener l'enfant à éviter d'explorer les états mentaux, ce qui représenterait, selon Fonagy et ses collègues (2007), un retrait défensif du monde mental. En effet, pour l'enfant, le fait de prendre conscience de ce qui pourrait se trouver dans l'esprit de l'abuseur, tel que de la cruauté, de l'indifférence ou de la malveillance, serait terrifiant (Allen, 2001; Fonagy & Target, 1997; Gergely, 2003). Dans le cas de la négligence, l'enfant aurait tendance à recevoir très peu de rétroactions de la part de sa figure d'attachement par rapport à son état interne, ce qui l'empêcherait de développer la capacité de se représenter lui-même son expérience en termes d'états mentaux (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Terradas & Achim, 2016). La figure d'attachement négligente ou maltraitante envers son enfant peut également témoigner de difficultés pour exercer la fonction miroir auprès de celui-ci, entravant ainsi le développement de la capacité de mentalisation. Par exemple, la rétroaction qu'elle donne à l'enfant peut être très éloignée de ce que ce dernier vit, ce qui amène l'enfant à

intégrer en lui des aspects qui ne sont pas cohérents avec son expérience interne. De plus, lorsque la figure d'attachement n'arrive pas à refléter l'expérience de l'enfant d'une façon différenciée (c-à-d. que les états internes montrés par l'enfant sont reflétés d'une façon trop similaire), cela peut amener l'enfant à concevoir que ses états mentaux se propagent chez les autres et que ceux-ci en viennent ainsi à vivre exactement la même expérience. Ce manque de différenciation peut nuire à la compréhension de l'enfant que les états mentaux sont subjectifs et propres à chaque individu (Leroux & Terradas, 2013).

En résumé, la théorie soutient l'idée que la relation entre l'enfant et sa figure de soins joue un rôle important dans le développement de la capacité de l'enfant à mentaliser, cette capacité étant notamment favorisée par une relation d'attachement sécurisante, à travers la présence rassurante, la disponibilité, la sensibilité et le soutien de la figure de soins. L'attachement ayant été étroitement associé à la capacité de mentalisation dans la théorie, il paraît maintenant essentiel d'approfondir le lien entre ces deux concepts.

Données empiriques sur la relation entre la capacité de mentalisation et l'attachement

Dans les écrits sur le sujet, le lien entre la capacité de mentalisation et l'attachement paraît avoir été abordé surtout d'un point de vue théorique. En effet, plusieurs auteurs ont souligné que peu de recherches empiriques avaient été effectuées sur le sujet (Fonagy, Redfern, & Charman, 1997; Meins, Fernyhough, Russel, & Clark-Carter, 1998) et cette considération semble toujours être d'actualité. Cependant, certaines études, convergeant avec la théorie, ont mis en évidence des liens étroits entre l'attachement et la capacité de mentalisation d'un point de vue empirique (Humphress, O'Connor, Slaughter, Target, & Fonagy, 2002). Parmi celles-ci, une étude de Bouchard et ses collègues (2008), auprès d'adultes issus de populations cliniques et non cliniques, a fait ressortir qu'une plus grande capacité au niveau de la mentalisation est associée à la sécurité d'attachement. Un résultat similaire a été trouvé auprès des enfants de 3 à 6 ans dans une étude de Fonagy et ses collègues (1997) portant sur les habiletés liées à la théorie de l'esprit³, une notion qui, selon Allen et al. (2008), s'apparente à la capacité de mentalisation, mais qui se centre

³ Allen et ses collègues (2008), dans leur livre portant sur la mentalisation en contexte de pratique clinique, expliquent trois distinctions entre la théorie de l'esprit et la mentalisation. La recherche sur la théorie de l'esprit 1) se centrerait principalement sur le développement *cognitif* des habiletés nécessaires à la mentalisation, puis 2) serait davantage axée sur l'*interprétation des autres*, plutôt que de soi-même. Leur étude de la mentalisation, quant à elle, semblerait plus vaste, s'intéressant à la fois aux aspects cognitifs et émotionnels, puis adressant l'interprétation des états mentaux des autres ainsi que de soi-même. La théorie de l'esprit 3) représenterait le *produit* de l'activité de mentalisation qui se développe.

davantage sur le développement cognitif nécessaire à la compréhension des états mentaux. Cette étude de Fonagy et ses collègues a démontré que la sécurité d'attachement était positivement associée avec les habiletés liées à la théorie de l'esprit, et que ces dernières étaient également prédites par la relation d'attachement, même lorsque l'âge chronologique, l'âge mental au niveau verbal et la maturité sociale étaient contrôlés. Une autre étude a démontré qu'il existe une forte corrélation entre les patrons d'attachement et les habiletés de la théorie de l'esprit, appuyant ainsi le rôle qu'ils jouent dans le développement de celles-ci, dans un échantillon composé de 30 enfants âgés entre 3 et 5 ans (Santelli & Pinelli, 2006). Également, les résultats d'une étude longitudinale, aussi réalisée auprès d'un petit échantillon d'enfants, suggèrent que la sécurité d'attachement dans l'enfance a une influence importante sur l'habileté ultérieure des enfants à s'engager avec d'autres personnes sur le plan mental. Ceux qui présentaient une sécurité d'attachement à 11 ou 13 mois ont montré une capacité de mentalisation supérieure à l'âge de 4 ans, mesurée à l'aide d'une tâche visant à évaluer la compréhension des états mentaux d'un personnage dans une histoire (Meins et al., 1998).

Par ailleurs, certains auteurs ont déjà exploré ces concepts plus précisément auprès des enfants en situation d'hébergement, mais ce, de façons distinctes. Ainsi, des études ont évalué l'attachement auprès d'enfants pris en charge en famille d'accueil (p. ex., Oosterman & Schuengel, 2008). D'autres ont déjà exploré des concepts qui s'apparentent à la capacité de mentalisation, ayant par exemple démontré que des enfants âgés de 3 à 5 ans en situation d'hébergement présentaient de plus faibles habiletés liées à la théorie de l'esprit ainsi qu'à la compréhension des émotions, et ce, même si l'on contrôlait pour l'âge, l'intelligence et les fonctions exécutives de l'enfant (Pears & Fisher, 2005). Cependant, à notre connaissance, très peu de recherches ont exploré empiriquement la relation entre la capacité de mentalisation et l'attachement chez les enfants, notamment chez ceux en contexte de protection de l'enfance. Il est toutefois possible de rapporter une étude de Zaccagnino et de ses collègues (2015) qui a été réalisée auprès d'un échantillon de 24 enfants italiens âgés de 10 à 13 ans ayant été retirés de leur maison et hébergés en foyer d'accueil, pour des motifs d'abus et de négligence. Dans cette étude, un deuxième groupe, composé de 35 enfants italiens âgés de 9 à 13 ans, n'ayant jamais été hébergés en foyer d'accueil, recrutés dans une école primaire, a été formé à titre comparatif. L'objectif visé était d'étudier les représentations d'attachement de ces enfants à l'aide de l'Entretien sur l'attachement de l'enfant (*Child Attachment Interview*, CAI; Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta, & Schneider, 1998). Les

résultats ont démontré qu'un pourcentage considérable du groupe d'enfants n'ayant jamais été hébergés en foyer d'accueil ont été évalués comme étant sécurés envers leur mère et leur père (61,3 %), tandis qu'une grande proportion du groupe d'enfants ayant été hébergés ont été évalués comme étant insécures envers leurs parents (88,2 %). Les résultats de cette recherche ont de plus démontré que les enfants évalués comme insécures ont obtenu des scores significativement plus faibles au Système de cotation de la fonction réflexive (*Child Reflective Functioning Scale*; Target, Oandasan, & Ensink, 2001), mesurant les habiletés liées à la capacité de mentalisation de l'enfant (Zaccagnino et al., 2015).

Il ressort des écrits qu'il paraît important d'approfondir les connaissances actuelles sur le sujet auprès des enfants d'âge scolaire, et plus particulièrement en contexte de protection de l'enfance. À notre connaissance, peu de recherches ont étudié la relation entre les représentations d'attachement et la capacité de mentalisation de ces enfants, ce qui semble donc constituer une lacune importante à combler dans la recherche. De plus, plusieurs études se sont penchées sur des concepts étroitement associés à la mentalisation, tels que les habiletés liées à la théorie de l'esprit, mais étant tout de même distincts. Une description de la relation entre les concepts de mentalisation et d'attachement, en se penchant sur le cas des enfants en contexte de protection de la jeunesse, sera ici élaborée.

Représentations d'attachement et capacité de mentalisation chez les enfants ayant vécu des traumas relationnels précoces

Lorsqu'un enfant est confronté à des traumas relationnels précoces (p. ex., négligence, maltraitance, abus, rejet, abandon), des problèmes d'attachement peuvent en résulter (Allen, 2013). En effet, les sévices étant infligés par les figures significatives de l'enfant, ce dernier se retrouve confronté à un dilemme émotionnel important, notamment car le parent devient simultanément source de terreur et de douleur chez l'enfant, en plus d'être la personne désignée pour lui fournir protection et réconfort (Main, 1995). L'enfant se voit donc floué dans sa compréhension et ses attentes face à sa relation d'attachement (Hodges, Steele, Kaniuk, Hillman, & Asquith, 2009) et celle-ci peut s'en trouver sévèrement compromise, l'enfant risquant de développer un attachement insécurisant (Cook et al., 2005). Comme mentionné précédemment, cette conception de l'attachement peut être liée plus tard dans la vie de l'enfant à des difficultés telles que des problèmes de comportement, des difficultés dans les relations avec les pairs et dans la gestion des

émotions et de l'agressivité (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Sroufe, 2000; Stams, Juffer, & van IJzendoorn, 2002; Zaccagnino et al., 2015), ainsi que des problèmes émotionnels comme les troubles anxieux et la dépression (Sroufe, 2000). Au plan des représentations d'attachement, une relation parent-enfant caractérisée par des traumatismes peut amener l'enfant à développer la représentation mentale que sa figure de soins ne lui offrira pas le réconfort qu'il réclame ou qu'elle ne répondra pas à ses besoins. Dans ce contexte, l'enfant pourrait intérioriser une représentation mentale de sa figure de soins comme étant insensible, absente, non disponible, incompréhensive ou même pourvue d'intentions malveillantes.

À ce sujet, une étude réalisée au Québec auprès de quinze enfants âgés de 6 à 12 ans sous la responsabilité de la Direction de la protection de la jeunesse ayant vécu des traumatismes au sein de la relation parent-enfant ou présentant des troubles graves de comportement s'est intéressée aux représentations d'attachement de ces derniers (Paquette, Terradas, Chazan, Lepage, & Guillemette, sous presse). Parmi ceux-ci, certains ont vécu l'abandon d'un de leurs parents, ont été victimes d'abus sexuel, ont vécu de la maltraitance ou ont été victimes ou témoins d'abus physique. Leurs représentations d'attachement ont été mesurées grâce à une situation de jeu structuré, soit les Histoires d'attachement à compléter (HAC; Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990), qui visent à activer leur système d'attachement dans des scénarios qu'ils doivent élaborer (Spaun, 2013).

Afin de définir les représentations que l'enfant a internalisées de ses figures d'attachement, les comportements soutenant et rejetant de la mère et du père ont été mesurés à partir de leurs scénarios. Contrairement à ce qui était attendu étant donné les événements traumatiques vécus au sein de la relation parent-enfant, il en est ressorti que les représentations d'attachement non-soutenant et rejetant des figures parentales ne sont pas prédominantes chez les enfants participant. À l'inverse, les résultats obtenus aux HAC suggèrent que les représentations d'attachement de ces enfants sont davantage soutenant et non-rejetant. Toutefois, une corrélation positive significative a été trouvée entre les comportements soutenant du père et les comportements rejetant de cette même figure d'attachement, suggérant que plus les enfants se représentent le père comme étant soutenant, plus ils ont également des représentations du père comme étant rejetant. Cette relation a également été retrouvée pour les représentations de la mère. En effet, des corrélations positives ont été trouvées entre les comportements soutenant de la mère et les comportements rejetant de la mère, mais aussi entre les comportements soutenant de la mère et les comportements rejetant du père. Ces résultats indiquent donc que plus les enfants ont

des représentations de la mère comme étant soutenante, plus ils perçoivent le père et la mère comme étant également rejetants. Cela signifie qu'il y a, chez ces enfants, une coexistence des représentations soutenantes et des représentations rejetantes pour chacune des figures parentales (Paquette et al., sous presse).

Selon les auteurs de l'étude, les résultats obtenus peuvent révéler certaines défenses des enfants, notamment une idéalisation des figures parentales et un déni des expériences traumatiques passées. Ils émettent l'hypothèse selon laquelle plus le parent est vu comme étant rejetant, plus l'enfant doit avoir recours à l'idéalisation, afin de maintenir une image positive et soutenante de celui-ci et de tenter de rendre la réalité plus tolérable. C'est d'ailleurs ce que tend à démontrer la coexistence des représentations soutenantes et rejetantes des figures parentales chez les participants à l'étude. Enfin, les auteurs avancent qu'il est possible que les enfants aient mis en scène des histoires démontrant des comportements qu'ils ont appris et qu'ils savent acceptables, plutôt que les représentations qu'ils ont internalisées.

Dans un autre ordre d'idées, certains biais pourraient être liés aux représentations mentales des enfants ayant vécu des traumatismes dans leur relation d'attachement. Notamment, un enfant qui a des représentations des autres comme étant malveillants pourrait être davantage porté à percevoir cette malveillance dans leurs gestes, confirmant alors sa représentation initiale. Cela pourrait ainsi mener à des erreurs dans la compréhension des états mentaux des autres et à des difficultés à gérer certaines situations interpersonnelles. En effet, les représentations de l'enfant guident ensuite ses attentes dans ses interactions subséquentes avec les autres, influençant par conséquent son fonctionnement au plan social (p. ex., avec les éducateurs et les autres enfants en situation d'hébergement). D'autre part, l'évitement à tenter de comprendre autrement le monde mental des autres, en raison de l'insécurité d'attachement, peut aussi entraver sa capacité à se former une compréhension juste des situations interpersonnelles. Il serait possible de penser que ses attentes envers les autres teintent également sa perception des intentions, des pensées et des émotions d'autrui. Par exemple, un enfant hébergé en contexte de protection de l'enfance et ayant vécu avec des parents abuseurs peut développer la représentation que les autres ont des intentions malveillantes envers lui et pourrait, lors de conflits, être davantage porté à percevoir de la malveillance dans les gestes des autres. Il est donc possible de comprendre que les représentations d'attachement puissent aussi teinter la façon dont la capacité de mentalisation se développe. D'ailleurs, Dykas et Cassidy (2011), dans une revue des écrits sur le sujet, ont fait ressortir le fait

que les MOI sont généralisés par l'individu à travers les interactions avec les autres et qu'ils influencent le traitement et la compréhension de l'information au plan social. Cela soutient l'idée que la relation entre les représentations d'attachement et la capacité de mentalisation est essentielle à prendre en compte pour mieux comprendre les comportements et les réactions des enfants en situation de protection de la jeunesse.

À ce sujet, la capacité de mentalisation des enfants qui ont été soumis à des expériences traumatiques en bas âge pourrait se développer difficilement (Allen et al., 2008; Fonagy & Target, 2006). En effet, l'enfant ou l'adolescent ayant vécu des traumatismes et n'ayant pas reçu de feedback approprié de la part d'une figure de soins négligente, maltraitante ou abandonnique risque de rester fixé à un stade prémentalisant (Allen et al., 2008). Il se peut alors qu'il utilise la projection de ses émotions sur les autres et qu'il soit convaincu de savoir ce que les autres pensent (Fonagy et al., 2002), ou encore, qu'il internalise certains éléments qui lui sont étrangers, créant ainsi une confusion au plan identitaire (Domon-Archambault & Terradas, 2015). L'enfant ou l'adolescent ayant vécu un trauma sévère comme un abus physique ou sexuel aura tendance à se retirer complètement du monde mental et risque de développer une aversion à lire les états mentaux de sa figure d'attachement. Il cessera également de remarquer les indices liés aux états mentaux des autres, résultant en une absence de capacité de mentalisation (Fonagy et al., 2002). Lorsque les traumatismes amènent l'enfant à éviter d'explorer les états mentaux, ce dernier aurait tendance à réguler ses émotions hors de la relation avec autrui (Domon-Archambault & Terradas, 2012). Il utiliserait alors son corps, en ayant recours à l'agir (passage à l'acte; impulsivité, agressivité, agitation, automutilation), plutôt que d'utiliser la pensée réflexive, la parole et la symbolisation (Allen et al., 2008; Eizirik & Fonagy, 2009; Terradas & Achim, 2016). Il pourrait également présenter différentes réactions inadaptées qui lui permettent d'échapper à la douleur émotionnelle, telles que l'abus de substances, la dépression, l'isolement, l'automutilation, les comportements agressifs et les tentatives de suicide (Allen, 2001). Le jeune avec une capacité de mentalisation défaillante pourrait aussi vivre des problèmes émotionnels, se traduisant par des troubles internalisés tels que des troubles de l'humeur et d'anxiété ainsi que par des troubles de personnalité en émergence (Sharp et al., 2009).

À cet effet, comme le démontrent les résultats préliminaires d'une étude réalisée au Québec auprès de 18 enfants hébergés en centre de réadaptation (Fournier, Terradas, Achim, & Guillemette, soumis), la plupart de ces enfants, qui présentent d'ailleurs un refus de réflexion ou

une capacité de mentalisation absente, ont des comportements externalisés (p. ex., agressivité, opposition, provocation) atteignant un seuil clinique (Dubé, Terradas, & Achim, soumis). D'ailleurs, ces problématiques comportementales, pouvant être liées à un déficit au plan de la mentalisation et de la régulation des émotions, sont généralement observées tant dans leurs relations interpersonnelles avec les intervenants et les autres enfants qu'envers eux-mêmes (p. ex., gestes d'automutilation; Domon-Archambault & Terradas, 2015).

Puisque ces enfants ont de la difficulté à établir des liens entre les états mentaux, les comportements et les sensations physiques (Domon-Archambault & Terradas, 2012), il leur est particulièrement difficile d'identifier les états mentaux leur permettant de mieux se comprendre et de se décrire, ainsi que de mieux comprendre et décrire leurs relations avec les autres (Dubé, Terradas, & Achim, soumis). De plus, comme abordé préalablement, des lacunes au plan de la mentalisation impliquent généralement une difficulté à se former une représentation de l'état mental d'autrui et rendent difficile la considération de la perspective de l'autre, ce qui limite la collaboration dans les interactions (Lawson et al., 2013).

À ce sujet, des difficultés significatives dans les habiletés liées à la théorie de l'esprit, relevées dans la recherche auprès des enfants en contexte de protection de l'enfance (Pears & Fisher, 2005), pourraient être manifestées par une difficulté à comprendre que les autres sont aussi porteurs d'idées, de désirs et de croyances, qui peuvent être différentes des leurs. Plusieurs autres signes pourraient être révélateurs, chez ces enfants, d'un déficit dans les habiletés liées à la mentalisation, ou d'un fonctionnement prédominant dans un mode prémentalissant, dont une difficulté à reconnaître leurs émotions, à comprendre le point de vue des autres, à tolérer des perspectives alternatives, et à comprendre que ce qui se passe dans son esprit est généré par l'esprit lui-même et non pas nécessairement par l'environnement (Achim & Terradas, 2015). Un déficit de mentalisation peut amener ces enfants à vivre une difficulté à différencier un vécu provenant de leur monde intérieur et ce qui provient plutôt de l'extérieur, ainsi qu'à s'ouvrir à la discussion lorsqu'ils ne vont pas bien (Terradas, Domon-Archambault, Achim, & Ensink, 2016). Non seulement ces difficultés peuvent favoriser les conflits et poser un défi dans leur résolution, mais elles peuvent également affecter les intervenants assurant la réadaptation des enfants, venant à ressentir de l'épuisement (Geoffrion & Ouellet, 2013).

Selon ce qui a été soulevé précédemment, un élément majeur pouvant se trouver à la source des difficultés de mentalisation chez les enfants hébergés est le fait d'avoir vécu des traumatismes

relationnels précoces (p. ex., négligence, sévices, maltraitance, abandon), ayant de surcroît un impact sur la qualité de la relation d'attachement, ce qui peut se répercuter sur ses relations avec les intervenants. Pourtant, la recherche a souligné le fait qu'une bonne capacité de mentalisation est un facteur de protection contre les difficultés d'adaptation, dont l'émergence de psychopathologies, suite à des expériences traumatiques telles que l'abus et la négligence (Borelli, Compare, Snavely, & Decio, 2015; Fonagy, Target, & Gergely, 2000). Le fait de pouvoir mentaliser à propos d'expériences négatives vécues pourrait, par exemple, contribuer à réduire l'impact nocif que ces expériences peuvent avoir sur l'enfant et l'aider à être plus résilient (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

Pistes de recherches futures

À la lumière des avancées théoriques et de certains résultats de recherche, des études empiriques seraient nécessaires dans l'objectif d'approfondir les liens entre les traumatismes relationnels précoces, les représentations d'attachement et la capacité de mentalisation chez les enfants hébergés par les services de protection de la jeunesse. En effet, dans les écrits sur le sujet, la relation entre la capacité de mentalisation et l'attachement paraît avoir été abordée surtout d'un point de vue théorique. Parmi les quelques études ayant exploré ce lien de façon empirique, très peu semblent s'être intéressées à l'association entre la capacité de mentalisation et les représentations *spécifiques* que l'enfant peut avoir de sa figure d'attachement et de ses attentes envers celle-ci. Cela semble donc être une lacune importante à combler. De plus, il ressort que les quelques études empiriques existantes sur le sujet paraissent avoir surtout été réalisées auprès d'échantillons d'adultes ou d'enfants très jeunes. D'autres recherches futures ciblant les enfants d'âge scolaire seraient alors pertinentes, ceux-ci se trouvant dans une période de vie où le développement cognitif et l'apprentissage prennent une place importante, et où les représentations d'attachement, bien que déjà établies, sont susceptibles d'être modifiées par de nouvelles expériences. Enfin, plusieurs recherches s'étant plutôt centrées sur les habiletés liées à la théorie de l'esprit, il serait profitable d'en distinguer le concept de mentalisation dans les recherches futures.

De plus, une meilleure compréhension de la relation entre ces phénomènes permettrait d'enrichir les interventions auprès des enfants en contexte de protection de la jeunesse, en intégrant à celles-ci à la fois les notions de représentations d'attachement et de mentalisation chez l'enfant,

et ce, afin de réduire les difficultés vécues par ces enfants et les aider dans leur adaptation liée aux traumas vécus (Fonagy & Allison, 2012).

Références

- Achim, J., & Terradas, M. M. (2015). Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane*, 24(2), 79-92.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Pattern of attachment: Psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185-195.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: Wiley & Sons.
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2015). *La voix des enfants. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2015*. [Brochure]. Montréal: Auteur.
- Bateman, A. W. (2010). *Trouble de la personnalité limite : l'intervention basée sur la mentalisation pour les intervenants de première ligne*. Conférence présentée à l'Université McGill, Montréal, Canada.
- Bonneville, E. (2010). Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 31-70.
- Borelli, J. L., Compare, A., Snavely, J. E., & Decio, V. (2015). Reflective functioning moderates the association between perceptions of parental neglect and attachment in adolescence. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 23-35.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss : Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An Attachment Story Completion Task for 3-year-olds. In T. Greenberg, D. Cicchetti,

& E. M. Cummings (Éds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention* (pp. 273-308). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Clausen, J. M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 283-296.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 412-425.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.
- DeWolff, M., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development*, 68, 571-591.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2012). *Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse*. Document inédit. Université de Sherbrooke, Canada.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2015). Les interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès des enfants en situation d'hébergement. *Revue québécoise de psychologie*, 36(2), 229-262.
- Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: the role of caregiver state of mind. *Child development*, 72(5), 1467-1477.
- Dubé, G., Terradas, M. M., & Achim, J. (soumis). Empathie, mentalisation et comportements extériorisés chez les enfants d'âge scolaire hébergés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation*.
- Dunn, J., & Cutting, A. (1999). Understanding others and individual differences in friendship interactions in young children. *Social Development*, 8(2), 201-219.
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137(1), 19-46.
- Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 31(1), 72-75.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11-34). New York: Routledge.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.

- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3/4), 288–328.
- Fonagy, P., Redfern, S., & Charman. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology*, 15(1), 51-61.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Golberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-279). Hillsdale, NJ: Analytical Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: Part I. Theory of the mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-234.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psycho-analysis*, 81, 853-873.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7(3), 333-343.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544–576.
- Fonagy, P., & Target, M. (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 917-937.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103-122.
- Fournier, S., Terradas, M. M., Achim, J., & Guillemette, R. (sous presse). Représentations d’attachement et capacité de mentalisation d’enfants d’âge scolaire en contexte de protection de l’enfance : une étude préliminaire. *La Psychiatrie de l’enfant*.
- Franzcp, J. A., Furber, G., & Segal, L. (2011). Understanding maltreating mothers: A synthesis of relational trauma, attachment disorganization, structural dissociation of the personality, and experiential avoidance. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 495-509.
- Frederico, M. M., Jackson, A. L., & Black, C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of family studies*, 14(2-3), 342-361.
- Geoffrion, S., & Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse ? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263-289.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 113-131.

- Gergely, G., & Csibra, G. (1997). Teleological reasoning in infancy: the naïve theory of rational action. A reply to Premack and Premack. *Cognition*, 63(2), 227-233.
- Goldsmith, H. H., & Alansky, J. A. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 805-816.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Development*, 83(2), 591-610.
- Hawkins, A. L., & Haskett, M. E. (2014). Internal working models and adjustment of physically abused children: the mediating role of self-regulatory abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(2), 135-143.
- Hodges, J., Steele, M., Kaniuk, J., Hillman, S., & Asquith, K. (2009). Narratives in assessment and research on the development of attachments in maltreated children. Dans N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nesic-Vuckovic, C. Urwin, N. Midgley ... & C. Urwin (Éds.), *Child psychotherapy and research: New approaches, emerging findings* (pp. 200-213). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Humfress, H., O'Connor, T. G., Slaughter, J., Target, M., & Fonagy, P. (2002). General and relationship-specific models of social cognition: explaining the overlap and discrepancies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 873-883.
- Lalonde, C. E., & Chandler, M. J. (1995). False belief understanding goes to school: On the social-emotional consequences of coming early or late to a first theory of mind. *Cognition & Emotion*, 9(2-3), 167-185.
- Lawrence, C. R., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18, 57-76.
- Lawson, D. M., Davis, D., & Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50(3), 331-335.
- Leroux, J., & Terradas, M. M. (2013). Fonction réflexive parentale et trouble réactionnel de l'attachement : perspectives théoriques *La psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 293-315.
- Lyons-Ruth, K. (2008). Contributions of the mother infant relationship to dissociative, borderline and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 29, 203-218.
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., & Zoll, D. (1989). Pattern of maternal behaviour among infants at risk for abuse: Relation with infant attachment behaviour and infant development at 12 months of age. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 464-493). New York: Cambridge University Press.

- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 666-697). New York, NY: Guilford Press.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. Dans S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Éds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying insecure-disorganized/desoriented infants: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russel, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: a longitudinal study. *Social Development*, 7(1), 1-24.
- Mikic, N., & Terradas, M. M. (2017). Understanding maternal mentalizing capacity and attachment representations of children with reactive attachment disorder: two case illustrations. *Psychoanalytic Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/>
- Oosterman, M., & Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with caregivers' sensitivity and behavioural problems. *Infant Mental Health Journal*, 19(6), 609-623.
- Paquette, M., Terradas, M. M., Chazan, S. E., Lepage, C., & Guillemette, R. (sous presse). Les représentations d'attachement, les relations d'objet et le jeu des enfants victimes de mauvais traitements. *Bulletin de Psychologie*.
- Pears, K. C., & Fisher, P. A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*, 17(1), 47-65.
- Phelps, J. L., Belsky, J., & Crnic, K. (1998). Earned security, daily stress, and parenting: A comparison of five alternative models. *Development and Psychopathology*, 10, 21-38.
- Santelli, E., & Pinelli, M. (2006). Stili di attaccamento e competenze di teoria della mente: Esiste un legame? [Is there a link between attachment patterns and theory of mind skills?]. *Psicologia Dell' Educazione E Della Formazione*, 8(3), 353-373.
- Saunders, R., Jacobvitz, D., Zaccagnino, M., Beverung, L. M., & Hazen, N. (2011). Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. *Attachment & Human Development*, 13(4), 403-420.
- Sharp, C., Williams, L. L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., ... & Fonagy, P. (2009). The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *The Bulletin of the Menninger Clinic*, 73, 311-338.
- Schmeets, M. G. J. (2008). Theoretical concepts. In A. J. E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink, & M. G. J. Schmeets (Eds.), *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners* (pp. 7-21). Londre: Karnac Books.

- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269.
- Splaun, A. K. (2013). The brief Attachment Focused Coding System for Story Stems: A validity study. Thèse de doctorat inédite. The New School for Social Research, USA.
- Sroufe, L. A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 18-30). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74.
- Stams, G.-J. J. M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38(5), 806–821.
- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., & Steele, H. (2010). Mental representation and change: developing attachment relationships in an adoption context. *Psychoanalytic Inquiry*, 30, 25-40.
- Tarabulsky, G. M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-based intervention for maltreating families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 322-332.
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *The International Journal of Psycho-analysis*, 77(3), 459-479.
- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A., & Schneider, T. (1998). *The Child Attachment Interview (CAI) protocol, Revised Edition VI*. Unpublished manuscript, University College London, London, England.
- Target, M., Oandasan, C., & Ensink, K. (2001). *Child reflective functioning scoring manual for application to the Child Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Anna Freud Center-University College London, London, United Kingdom.
- Terradas, M. M., & Achim, J. (2016). Sofrimento nos laços pais-filhos : práticas educativas fundadas na mentalização na proteção da infância. *Estilos da Clínica*, 21(1), 170-188.
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V., Achim, J., & Ensink, K. (2016). Évaluations et interventions en pédopsychiatrie : contribution de la mentalisation et de ses précurseurs à la pratique. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 135-157.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- van Rosmalen, L., van Der Veer, R., & van Der Horst, F. (2015). Ainsworth's strange situation procedure: the origin of an instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 51(3), 261-284.

- Weinfield, N. S., Sroufe, A. L., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 68-88). New-York: Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1963). The theory of parent and infant relationships. In P. Buckley (Ed.), *Essential papers on object relations* (pp. 71-101). New York: University Press.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Preziosa, A., Veglia, F., & Carassa, A. (2015). Attachment representation in institutionalized children: a preliminary study using the Child Attachment Interview. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 165-175.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Saunders, R., Jacobvitz, D., & Veglia, F. (2014). Alternative caregiving figures and their role on adult attachment representations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 276-287.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28(1), 126-136.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child development*, 76(5), 1015-1028.

Introduction au deuxième article

L'objectif du premier article, de nature théorique, était de présenter une revue de la documentation scientifique au sujet de l'attachement et de la mentalisation ainsi que des relations entre ceux deux concepts. Cet article a notamment fait ressortir les liens très étroits qui ont été établis théoriquement entre l'attachement et la mentalisation, tout en mettant en évidence les rares études empiriques servant à appuyer ces liens. En effet, quelques recherches empiriques se sont penchées sur le sujet, mais plus souvent chez les adultes ou chez les enfants en bas âge (moins de six ans). De plus, plusieurs études ont examiné les liens entre l'attachement et les habiletés liées à la théorie de l'esprit, une notion s'apparentant à la mentalisation mais tout de même distincte. En outre, cet article a élaboré une illustration du lien entre les représentations d'attachement et la mentalisation dans le cas des enfants en protection de l'enfance afin d'intégrer ces concepts dans une compréhension plus spécifique en regard de leur contexte de vie. Par cette illustration, les auteurs mettent en évidence le développement des représentations d'attachement chez les enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces et la façon dont cela peut affecter leur capacité à mentaliser. Cela vient soutenir l'idée que la relation entre les représentations d'attachement et la capacité de mentalisation est essentielle à évaluer pour mieux comprendre les comportements et les réactions des enfants en situation de protection de la jeunesse. Enfin, cet article a souligné l'importance du rôle de la figure de soins dans le développement de ces deux éléments.

À la lumière du contenu présenté dans le premier article, le deuxième manuscrit, de nature empirique, présente une analyse exploratoire de la relation entre les représentations d'attachement et la capacité de mentalisation, et ce, auprès d'un échantillon d'enfants d'âge scolaire hébergés en foyers de groupe et en unités de réadaptation en Centre jeunesse. Ces enfants ont été retirés de leur milieu familial d'origine par la DPJ puisque leur sécurité ou leur développement a été évalué comme étant compromis, par exemple suite à des expériences de maltraitance ou de négligence.

L'objectif de cette étude consiste à explorer, chez ces enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces, comment les représentations mentales à propos de leur relation avec leur figure de soins sont associées à leur capacité à mentaliser. L'étude peut également permettre de qualifier la capacité de mentalisation de ce groupe d'enfants, puis de documenter et décrire les composantes de leurs représentations d'attachement. Pour ce faire, 18 enfants âgés de 6 à 11 ans, hébergés dans un foyer de groupe externe et une unité de réadaptation d'un centre jeunesse situé dans la banlieue de Montréal, ont été rencontrés. Les HAC (Bretherton et al., 2003) ont été utilisées comme instrument pour mesurer diverses composantes des représentations d'attachement d'une façon semi-structurée et ludique. Le CAI (Target et al., 1998), traduit par Ensink et le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval (2002), a été utilisé afin d'évaluer d'autres éléments formant les représentations d'attachement des enfants. L'échelle de fonctionnement réflexif appliquée à cet instrument (Ensink, Normandin, Sabourin, Fonagy, & Target, 2012; Target, Oandasan, & Ensink, 2001) a servi à mesurer leur capacité de mentalisation.

Cette étude s'inscrit à l'intérieur d'un projet de recherche plus large au sujet des difficultés de comportement et des variables intrapsychiques pouvant expliquer l'agressivité manifestée par les enfants hébergés en centre jeunesse. Au départ, un nombre d'environ 30 participants avait été envisagé pour réaliser cette étude. Cependant, en raison de certaines difficultés (p. ex., incapacité de contacter les parents et obtenir leur consentement, manque de disponibilité des éducateurs de suivi et des jeunes, enfants qui ne sont pas dans un état assez stable pour participer aux tâches d'évaluation), ce nombre n'a pas été atteint. En ce sens, la plus petite taille de l'échantillon peut occasionner des limites, notamment en ce qui concerne la puissance statistique et la généralisation des résultats. Ces limites sont détaillées dans l'article.

Malgré la présence de limites, cette recherche peut se démarquer par le fait qu'elle accède à une population spécifique, soit les enfants d'âge scolaire ayant vécu des traumatismes relationnels précoces, hébergés en protection de la jeunesse, chez qui le lien entre la mentalisation et l'attachement a été très peu étudié. De façon exploratoire, elle apporte également des spécificités en se penchant sur diverses composantes des représentations d'attachement, en lien avec le niveau de mentalisation. Les résultats obtenus sont élaborés et discutés dans ce deuxième article.

Deuxième article

Représentations d'attachement et capacité de mentalisation d'enfants d'âge scolaire en contexte
de protection de l'enfance : une étude préliminaire

Représentations d'attachement et capacité de mentalisation d'enfants d'âge scolaire en contexte de protection de l'enfance : une étude préliminaire

Mots-clés : représentations d'attachement, mentalisation, traumatismes relationnels précoces, enfants, protection de l'enfance

Stéphanie Fournier⁴

Miguel M. Terradas⁵

Julie Achim⁵

Rosalie Guillemette⁴

Déclaration d'intérêts : aucun

⁴ B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie, cheminement Intervention en enfance et en adolescence, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

⁵ Ph.D., psychologues cliniciens et professeurs, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

Résumé

Introduction. La plupart des enfants en contexte de protection de la jeunesse ont vécu des traumatismes relationnels précoces au sein de leurs relations avec leurs principales figures de soins (p. ex., négligence, maltraitance, abus), pouvant compromettre la qualité de leurs représentations d'attachement ainsi que le développement de leur capacité de mentalisation (CM). Ces éléments joueraient un rôle essentiel dans la régulation émotionnelle et comportementale chez l'enfant et influenceraient son fonctionnement interpersonnel ultérieur. **Objectif.** Cette étude, de nature exploratoire, avait pour objectif de décrire les représentations d'attachement et la CM d'enfants hébergés dans une unité de réadaptation et un foyer de groupe externe en protection de la jeunesse et d'étudier empiriquement la relation entre ces deux variables. **Méthode.** Dix-huit enfants âgés de 6 à 11 ans ont participé aux Histoires d'attachement à compléter ainsi qu'à l'Entrevue de l'attachement de l'enfant, cette dernière permettant de mesurer tant les représentations d'attachement que la CM des jeunes. **Résultats.** Les résultats ont montré pour l'ensemble des participants une CM moyenne considérée absente. Des liens significatifs ont été relevés entre la CM et la dysrégulation émotionnelle à travers les histoires d'attachement de l'enfant, de même qu'avec l'ouverture émotionnelle, l'utilisation d'exemples et la colère préoccupée envers le père dans l'entretien sur l'attachement. **Conclusion.** Les résultats permettent de décrire la CM des enfants en protection de la jeunesse et d'explorer ses relations avec les composantes des représentations d'attachement. Cette étude appuie l'importance d'intégrer des interventions basées sur ces éléments dans le travail réalisé auprès des jeunes en contexte de protection de l'enfance afin de faciliter le processus de réadaptation.

Mots clés : représentations d'attachement, mentalisation, traumatismes relationnels précoces, enfants, protection de l'enfance.

1. Introduction

Au Québec, durant l'année 2015-2016, un total de 32 383 enfants ont été pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), un nombre qui est à la hausse comparativement à l'année précédente (Centres jeunesse du Québec, 2016). Parmi les problématiques vécues par ces enfants, on y retrouve notamment l'abus physique, l'abus sexuel, la négligence, l'abandon et les mauvais traitements psychologiques. Ces événements représentent des traumatismes relationnels précoces dans la vie de ces enfants, et peuvent être grandement dommageables pour leur développement. En effet, ces traumatismes sont décrits comme affectant le développement des capacités mentales et interpersonnelles essentielles à la régulation des émotions et du comportement (Allen, 2001). Ils peuvent entre autres être associés à des problèmes de comportement, de l'hyperactivité, de l'impulsivité, de l'agressivité, des troubles de personnalité en émergence, de la dépression, des comportements autodestructeurs et des problèmes de sommeil (Frederico, Jackson, & Black, 2008).

Chez la majorité des jeunes pris en charge par la DPJ, le parent représente l'auteur présumé des mauvais traitements envers l'enfant. En ce sens, les traumatismes subis par ces enfants ont comme particularité de se produire dans la relation avec leur figure de soins significative, c'est-à-dire au sein de la relation d'attachement (Association des centres jeunesse du Québec, 2015; Courtois, 2004), ce qui peut alors affecter la qualité de cette relation (Frederico et al., 2008; Lawson, Davis, & Brandon, 2013).

1.1 L'attachement chez les enfants en contexte de protection de l'enfance

L'attachement représente le lien affectif qui se développe entre un enfant et ses figures de soins significatives, généralement les parents. La relation d'attachement, se déployant au cours des premières années de vie de l'enfant, a une valeur significative car il est postulé qu'elle influence plusieurs aspects, tels que le développement de sa personnalité, son fonctionnement interpersonnel

(Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988) et ses stratégies de régulation des émotions (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Allen, 2001; Main & Solomon, 1990).

L'attachement qu'un enfant développe avec sa figure de soins peut être de nature sécurisante ou insécurisante. L'attachement insécurisant regroupe les types évitant, ambivalent (Ainsworth et al., 1978) et désorganisé (Main & Solomon, 1990). Lorsque l'enfant développe un attachement sécurisant avec ses parents, cela lui procure le sentiment de sécurité nécessaire pour pouvoir explorer son environnement physique et social tout en ayant intériorisé l'idée qu'il sera soutenu et réconforté en cas de besoin ou d'adversité (Bowlby, 1988). Au contraire, lorsque l'enfant développe un attachement insécurisant, il n'intérioriserait pas ce type d'attente et pourrait plutôt ressentir de l'appréhension quant à la disponibilité ou la sensibilité de sa figure de soins en regard de ses besoins (Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999).

La nature de la relation d'attachement que développe l'enfant différerait en fonction de la qualité des réponses parentales à ses besoins. Ainsi, des réponses parentales sensibles, prévisibles et constantes favoriseraient le développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant, tandis que des réponses imprévisibles, insensibles et marquées par un contrôle excessif, un rejet ou un manque de disponibilité parentale face aux besoins de l'enfant peuvent contribuer au développement d'un attachement insécurisant (Ainsworth, 1979; Ainsworth et al., 1978; DeWolff & van IJzendoorn, 1997; Goldsmith & Alansky, 1987). Des propositions théoriques et des recherches empiriques ont fait ressortir des liens étroits entre un vécu de traumatismes relationnels précoces et le développement d'un attachement insécurisant. En effet, l'exposition à des réponses parentales inadéquates et à des comportements de maltraitance, d'abus ou de négligence serait particulièrement nocive pour l'enfant dans son développement, pouvant contribuer au déploiement d'un attachement insécurisant (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2010; Zaccagnino, Cussino, Preziosa, Veglia, & Carassa, 2015), et même plus précisément d'un attachement de type

désorganisé (Alexander, 1992; Cyr et al., 2010; Lyons-Ruth & Block, 1996; Lyons-Ruth, Connell, & Zoll, 1989).

Tout au long des expériences en relation avec la figure d'attachement, l'enfant se construirait des représentations d'attachement, c'est-à-dire une organisation mentale intériorisée de ses expériences subjectives vécues avec la figure significative. Bowlby (1973) a introduit le concept de *modèle opérant interne*, désignant ces représentations mentales de soi et d'autrui qui sont intériorisées à partir des expériences relationnelles avec les figures de soins. Ces représentations agiraient comme des modèles, pouvant guider les attentes de l'enfant dans ses interactions subséquentes avec les autres, et pouvant par le fait même influencer ses perceptions et son comportement. En effet, l'enfant se référerait à ses représentations d'attachement comme un modèle qui peut l'aider à s'autoréguler sur le plan émotionnel et interpersonnel (Bowlby, 1973; Hawkins & Haskett, 2014; Steele, Hodges, Kaniuk, & Steele, 2010; Zaccagnino, Cussino, Saunders, Jacobvitz, & Veglia, 2014).

En ce qui a trait à l'évaluation de l'attachement, il est à noter que certaines méthodes peuvent servir à identifier les styles d'attachement, sous la forme de catégories, alors que d'autres servent à évaluer les représentations d'attachement, sous la forme de continuums. Par exemple, la méthode de Reiner et Splaun (2008) utilisée pour les Histoires d'attachement à compléter (HAC; Bretherton, Oppenheim, Emde, & The MacArthur Narrative Working Group, 2003) mesure différentes composantes des représentations d'attachement à travers plusieurs échelles continues (p. ex., mère soutenance, mère rejetante, père soutenant, père rejetant, dysrégulation émotionnelle démontrée par l'enfant à travers le récit, évitement des thèmes et émotions dans le récit d'attachement). À partir des résultats à ces échelles, il est ensuite possible de tracer certains parallèles avec des styles d'attachement. L'Entrevue de l'attachement de l'enfant (*Child Attachment Interview*; CAI; Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta, & Schneider, 1998), quant à

elle, permet d'évaluer le style d'attachement (sécurisant, évitant, ambivalent et désorganisé), à partir du profil qui se dégage à travers plusieurs échelles continues composant les représentations d'attachement.

Plusieurs études se sont penchées sur l'attachement en lien avec différents aspects du fonctionnement psychosocial. En effet, des études longitudinales ont révélé des liens entre l'attachement sécurisant et une meilleure estime de soi, plus d'autonomie, plus de flexibilité dans la gestion des impulsions et des sentiments, des engagements positifs avec les pairs (Sroufe, 2000) et plus d'habiletés et d'empathie dans les interactions sociales (Weinfield et al., 1999). L'attachement insécurisant, quant à lui, serait lié à plusieurs difficultés, dont une propension à la frustration et à l'hostilité, la désorganisation face au stress, les problèmes de comportement, de moins bonnes performances cognitives, le manque d'empathie, une moins bonne compétence sociale, de même que des difficultés dans les relations avec les pairs ainsi que dans la gestion des émotions et de l'agressivité (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Sroufe, 2000; Stams, Juffer, & van IJzendoorn, 2002; Zaccagnino et al., 2015). Des liens ont également été établis entre l'attachement insécurisant et le fait d'être plus à risque de psychopathologies, telles que les troubles anxieux, le trouble des conduites et la dépression, l'attachement de type désorganisé ayant été le plus fortement lié à la psychopathologie ou aux comportements extériorisés (Groh et al., 2012; Sroufe, 2000; Zaccagnino et al., 2015).

En résumé, lorsqu'un enfant a vécu des traumatismes relationnels précoces avec ses figures de soins principales, la qualité de la relation d'attachement s'en trouve affectée, rendant l'enfant plus à risque de vivre des difficultés au niveau de son fonctionnement psychologique, émotionnel et social. Quelques études se sont penchées sur l'attachement chez les enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces, par exemple en lien avec la négligence ou la maltraitance. Une méta-analyse réalisée à ce sujet par Baer et Martinez (2006) a relevé huit études portant sur des enfants âgés de

moins de 48 mois de différentes cultures ayant vécu de la maltraitance ou de la négligence. Ces recherches comportaient un groupe de comparaison. Dans ces huit études, l'attachement a été mesuré à l'aide de la Situation étrange⁶ (Ainsworth et al., 1978) ou une version modifiée de ce protocole. Cette méta-analyse révèle que les enfants ayant vécu de la maltraitance ou de la négligence ont significativement plus de risques (80 %) de développer un attachement insécurisant, comparativement aux groupes de comparaison (36 %), n'ayant pas vécu ce genre d'expérience. Une autre méta-analyse (Cyr et al., 2010) a regroupé les résultats de 55 études effectuées auprès d'enfants âgés de 0 à 6 ans (principalement deux ans et moins), ayant vécu de la maltraitance ou provenant d'un milieu où les facteurs de risques au plan socioéconomique étaient élevés. Les études recueillies ont mesuré l'attachement avec différentes procédures, dont la Situation étrange. Les résultats montrent que, globalement, l'attachement des enfants maltraités était moins sécurisant et plus désorganisés, comparativement aux enfants vivant dans un milieu à haut risque sur le plan socioéconomique, ce qui peut démontrer l'impact considérable de la maltraitance sur le développement de l'attachement (Cyr et al., 2010). Ces études semblent s'être surtout attardées à des échantillons d'enfants très jeunes, et peu d'entre elles ont considéré les enfants plus vieux, d'âge scolaire.

Quelques autres études se sont penchées sur l'attachement chez les enfants vivant en milieux de vie alternatifs, c'est-à-dire des enfants qui ont été retirés de leur famille biologique pour des raisons de protection principalement (p. ex., en lien avec de la négligence, de la maltraitance, un abandon), mais parfois en raison de facteurs sociaux ou économiques. Une revue de la documentation scientifique réalisée par Quiroga et Hamilton-Giachritsis (2016) a recensé 13 études

⁶ La Situation étrange, développée par Mary Ainsworth, est un protocole en contexte de laboratoire visant à évaluer l'attachement d'un enfant en observant ses réponses comportementales lorsqu'il est confronté à un environnement étranger, à une personne étrangère, ainsi qu'à des épisodes de séparation et de réunion avec sa figure de soins (Ainsworth et al., 1978).

réalisées auprès d'enfants d'âges variés, dans diverses régions du monde (États-Unis, Canada, Europe, Asie, Afrique) et vivant dans des milieux substituts, soit en institutions et en familles d'accueil. Parmi ces 13 études, certaines comportaient un groupe de comparaison composé d'enfants évoluant au sein de leur famille biologique. Cette recension, exposant les résultats des diverses études en termes de proportions d'enfants par rapport aux différents styles d'attachement, fait ressortir que les enfants vivant en institution semblent montrer des taux d'attachement moins sécurisant et plus désorganisé que ceux vivant dans leur famille biologique, et que les enfants vivant en famille d'accueil semblent montrer des taux d'attachement et de désorganisation se situant entre ces deux groupes (Quiroga & Hamilton-Giachritsis, 2016). Cette recension des écrits semble également faire ressortir le fait que la grande majorité de ces études concernent les enfants très jeunes (moins de 36 mois, ou 3 à 7 ans), peu d'entre elles portant sur des enfants d'âge scolaire.

L'attachement ayant été associé à plusieurs aspects du fonctionnement de l'enfant (p. ex., relations avec les pairs, gestion des émotions, empathie, confiance en soi), il paraît important de s'y attarder pour mieux comprendre la façon dont l'enfant se développe. Selon Fonagy et Target (1997), au sein même de la relation d'attachement entre l'enfant et sa figure de soins se développe également la capacité de mentalisation (CM), qui, comme l'attachement, joue un rôle essentiel dans le développement de l'enfant et dans son fonctionnement psychosocial. Il paraît alors tout aussi essentiel de s'y attarder, considérant son lien étroit avec l'attachement.

1. 2 La mentalisation chez les enfants en contexte de protection de l'enfance

La mentalisation réfère à la capacité de l'individu de se représenter et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux, c'est-à-dire de pensées, d'attentes, de désirs, de besoins, de sentiments, de croyances et d'intentions (Fonagy & Target, 1996, 1997). Selon Fonagy et Target (1996), le développement de la mentalisation se ferait, chez l'enfant, en plusieurs étapes, appelées *modes prémentalisans*. Ces modes et les acquis développementaux qui

y sont associés sont explicités dans le Tableau 1. L'intégration de ces modes, vers l'âge de cinq ans, permettrait alors le développement de la CM. Une bonne CM permet à l'individu de reconnaître les états mentaux puis d'interpréter leur influence sur les comportements, ce qui rend ainsi les actes compréhensibles et porteurs de sens (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008).

Le développement d'une bonne CM serait bénéfique pour l'enfant dans son fonctionnement psychosocial. D'abord, cela l'aiderait à mieux comprendre les émotions, ce qui lui permettrait par le fait même d'arriver à mieux réguler les impacts dommageables des traumatismes (Fonagy et al., 1995). À l'opposé, une CM déficitaire peut nuire à l'habileté de l'enfant de comprendre et de réguler ses émotions et son comportement, ce qui peut par exemple occasionner des conduites impulsives ou une tendance aux passages à l'acte (Allen et al., 2008; Eizirik & Fonagy, 2009). Aussi, une difficulté à se former une représentation de l'état mental de l'autre peut rendre plus ardue la considération du point de vue d'autrui, ce qui peut limiter la collaboration dans les interactions (Lawson et al., 2013).

Les interactions entre la figure de soins et l'enfant sont déterminantes car elles influencent à la fois la qualité de l'attachement de l'enfant et le développement de la CM. Le développement de cette capacité à mentaliser chez l'enfant est favorisé par la présence d'un attachement sécurisant avec les figures de soins principales. L'attachement sécurisant procure tout d'abord à l'enfant une base stable lui permettant d'explorer et de comprendre les états mentaux des autres dans un environnement rassurant (Allen et al., 2008). En outre, une figure de soins disponible, sensible et soutenante, disposant d'une bonne capacité à comprendre et à refléter les états mentaux de l'enfant, aide celui-ci à saisir l'existence et la signification des états mentaux (Allen et al., 2008). Par exemple, lorsque la figure de soins offre des rétroactions à l'enfant qui sont congruentes par rapport à ce qu'il vit (c.-à-d. un juste accordage des affects), l'enfant intérioriserait des représentations mentales de ses états émotionnels, une base nécessaire pour le déploiement de sa capacité à

mentaliser (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Freeman, 2016). Aussi, lorsque la figure de soins reflète les affects de l'enfant d'une façon qui est différenciée (marquage des affects), cela amène l'enfant à comprendre que ses états mentaux sont subjectifs et que son expérience lui est propre (Freeman, 2016; Gergely & Watson, 1996). Il apprend également à distinguer ce qui émerge de son monde interne et ce qui provient des autres (Fonagy & Target, 1996; Freeman, 2016). À cet effet, la Figure 1 présente une carte conceptuelle du développement normal de la CM par le biais d'une relation d'attachement sécurisante avec la figure de soins.

En somme, l'enfant développe sa capacité à se représenter ses états mentaux par l'habileté de sa figure de soins à lui refléter ceux qui sont à l'origine de son comportement. Ainsi, un processus qui est d'abord de nature intersubjective (entre le parent et l'enfant) devient graduellement intrapsychique, au fur et à mesure que l'enfant apprend à mentaliser de lui-même. Dans le même sens, il a été démontré que la CM de la mère constitue l'un des prédicteurs de la CM de l'enfant, et qu'une capacité élevée de mentalisation chez celle-ci est liée positivement à celle de l'enfant (Ensink, Normandin, et al., 2015).

La présence de comportements abusifs ou de négligence émotionnelle de la part de la figure de soins peut témoigner d'une absence de sensibilité, une qualité nécessaire pour comprendre et refléter les états mentaux de l'enfant, compromettant le développement d'un attachement sécurisant et d'une bonne CM (Allen, 2001; Allen et al., 2008; Fonagy, Gergely, & Target, 2007). Par exemple, ces événements d'abus ou de négligence, qui représentent des traumatismes relationnels précoces pour l'enfant, peuvent amener ce dernier à éviter d'explorer les états mentaux. Fonagy et ses collègues (2007) expliquent ce phénomène comme un retrait défensif du monde mental.

À notre connaissance, peu d'études semblent s'être attardées empiriquement à la CM chez les enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces. Il est toutefois possible de relever certaines recherches qui se sont penchées sur le sujet. C'est le cas de l'étude de Ensink, Target,

Oandasan et Duval (2015), qui a mesuré la CM d'enfants ayant vécu un abus sexuel, et ce, à l'aide de la *Child Reflective Functioning Scale* (Ensink et al., 2015), une échelle s'appliquant au CAI (Target et al., 1998). Un groupe clinique composé de 22 enfants ayant vécu un abus sexuel intrafamilial ($M_{\text{âge}} = 9,25$ ans) et de 24 enfants ayant vécu un abus sexuel extrafamilial ($M_{\text{âge}} = 10$ ans) a été comparé à un groupe contrôle de 48 enfants ($M_{\text{âge}} = 9,92$ ans). Les résultats révèlent que les enfants ayant vécu un abus sexuel intrafamilial ou extrafamilial ont montré une CM significativement inférieure à celle des enfants du groupe contrôle. Les chercheurs ont également observé que les enfants ayant un historique d'abus sexuel intrafamilial (par le père, le beau-père, la fratrie ou un grand-père) ont montré une CM significativement plus faible que celle des enfants ayant un historique d'abus extrafamilial. Par ce résultat, les auteurs évoquent l'impact particulier des traumatismes lorsqu'ils surviennent dans les relations avec des figures significatives pour l'enfant. Une autre étude s'est penchée sur l'évaluation de la CM, à l'aide du CAI, chez des enfants ayant vécu un abus sexuel (Tessier, Normandin, Ensink, & Fonagy, 2016). Leur CM a été mesurée trois années après une séance d'évaluation d'un jeu libre auquel ils ont participé. Ces enfants étaient âgés de 3 à 8 ans et majoritairement d'origine canadienne française. Un groupe de 39 enfants ayant vécu un abus sexuel a été comparé à un groupe contrôle de 21 enfants n'ayant pas vécu d'abus. Il se dégage de cette étude que les enfants ayant un historique d'abus sexuel ont manifesté significativement plus de difficulté à développer un narratif de jeu en plus de montrer une CM significativement plus faible, trois ans plus tard. Ces deux dernières études documentent de façon empirique le lien entre le vécu d'un trauma relationnel et la CM. Toutefois, il est à considérer qu'elles réfèrent uniquement à l'abus sexuel et n'incluent pas les autres formes de maltraitance.

Une étude de van Schie et al. (2017) a tenté d'expliquer le lien entre le vécu de différentes formes d'abus et de négligence dans l'enfance et le fonctionnement de circuits neuronaux liés à la CM. Cette étude a été menée auprès de 46 adolescents et jeunes adultes âgés de 16 à 21 ans ($M_{\text{âge}}$

= 18,70 ans) issus d'un institut de santé mentale aux Pays-Bas ainsi que de la population générale. Les chercheurs ont relevé un lien entre, d'une part, le vécu d'abus sexuel et de maltraitance émotionnelle et, d'autre part, une augmentation de l'activité au niveau du gyrus frontal inférieur gauche durant une tâche de mentalisation, une structure qui serait impliquée dans la compréhension des émotions. Selon les auteurs, cette augmentation de l'activité cérébrale pourrait indiquer un retard de développement concernant la capacité de se représenter les pensées et émotions des autres ou encore, cette augmentation pourrait être un mécanisme sous-jacent à un dysfonctionnement interpersonnel lors de situations sociales complexes ou qui sont liées aux expériences de maltraitance. Bien que certaines études se soient intéressées à la relation entre la maltraitance et la CM, peu paraissent avoir ciblé une population d'enfants.

1.3 Les liens entre l'attachement et la mentalisation

Les liens entre l'attachement et la CM paraissent surtout avoir été abordés sur le plan théorique. Certaines études ont toutefois démontré des liens étroits entre l'attachement et la capacité à mentaliser d'un point de vue empirique. C'est le cas d'une recherche de Nazzaro et al. (2017) réalisée auprès d'un échantillon clinique de 88 adultes ($M_{\text{âge}} = 26$ ans), ayant utilisé le *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, & Main, 1996) pour mesurer l'attachement, et la *Reflective Functioning Scale* (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998) afin d'évaluer la CM. De façon cohérente avec la recension des écrits scientifiques, les résultats ont mis en évidence une CM plus élevée chez les participants ayant un attachement sécurisant comparativement à ceux qui présentent un attachement insécurisant ou désorganisé. Un résultat similaire a été retrouvé dans une étude de Bouchard et al. (2008) auprès de participants adultes issus de populations cliniques et non cliniques ($n = 73$; $M_{\text{âge}} = 35,6$ ans), où une plus grande CM a été associée à la sécurité d'attachement.

À notre connaissance, très peu de recherches empiriques ont exploré les liens entre l'attachement et la mentalisation auprès des enfants en contexte de protection de la jeunesse, une

population particulièrement affectée par des traumatismes relationnels précoces. L'une des rares études retrouvées sur le sujet est celle de Zaccagnino et ses collègues (2015), menée en Italie auprès d'un groupe de 24 enfants âgés de 10 à 13 ans ($M_{\text{âge}} = 11,26$ ans), retirés de leur maison et hébergés en foyer d'accueil en raison d'un vécu d'abus et de négligence, et d'un groupe de contrôle de 35 enfants âgés de 9 à 13 ans ($M_{\text{âge}} = 10,69$ ans) recrutés dans une école primaire, n'ayant jamais été hébergés en foyer d'accueil. Les représentations d'attachement de ces enfants ont été évaluées à l'aide du CAI (Target et al., 1998). Les résultats ont révélé que 61,3 % des enfants n'ayant jamais été hébergés en foyer d'accueil ont été évalués comme étant sécures envers leurs parents, tandis que 88,2 % des enfants ayant été hébergés ont été évalués comme étant insécures envers leurs parents. En outre, leurs résultats ont mis en évidence que les enfants évalués comme étant sécures dans les deux groupes ont obtenu des scores significativement plus élevés à la *Child Reflective Functioning Scale* (Ensink, Target, et al., 2015) appliquée au CAI, ce qui appuie le lien entre la mentalisation et la sécurité d'attachement (Zaccagnino et al., 2015).

En résumé, des études empiriques mettent en lumière la présence d'un lien étroit entre la CM et l'attachement. Toutefois, il en ressort également la nécessité et l'intérêt d'approfondir davantage ce sujet chez les enfants d'âge scolaire, chez qui les représentations d'attachement ainsi que le développement cognitif et psychosocial sont en plein déploiement. Enfin, peu de recherches ont examiné ces concepts plus spécifiquement chez les enfants hébergés en protection de la jeunesse, qui ont souvent vécu des traumatismes relationnels précoces, pouvant affecter le développement de l'attachement et de la capacité à mentaliser.

2. Objectifs et hypothèses

La présente recherche, de nature exploratoire, avait pour objectif d'étudier la relation entre les représentations d'attachement et la CM chez des enfants en situation d'hébergement en protection de la jeunesse. Plus spécifiquement, la recherche visait à explorer comment les

représentations mentales des enfants à propos de leur relation avec leurs principales figures de soins sont associées à leur capacité à mentaliser. Elle visait également à documenter les styles d'attachement des enfants hébergés en protection de la jeunesse, puis à vérifier s'il existe une différence au niveau de la CM, en fonction des différents styles d'attachement.

Compte tenu que l'étude a été réalisée uniquement auprès d'une population clinique composée d'enfants en situation d'hébergement spécifiquement en contexte de protection de la jeunesse, ayant vécu des traumatismes relationnels précoces, il était attendu que peu d'enfants montrent des représentations d'attachement sécurisantes. Ainsi, il est possible que des représentations d'attachement insécurisantes se trouvent surreprésentées et que celles qui sont sécurisantes soient sous-représentées au sein de cet échantillon.

Cinq hypothèses ont été élaborées. Premièrement, les participants ayant un style d'attachement sécurisant selon le CAI obtiendront des scores plus élevés au niveau de la CM. Deuxièmement, les enfants ayant des représentations mentales de leurs figures de soins comme étant soutenantes aux HAC auront une meilleure CM. Troisièmement, les enfants ayant des représentations mentales de leurs figures de soins comme étant rejetantes auront une plus faible CM. Quatrièmement, il était attendu que les enfants ayant une meilleure CM arriveraient mieux à exprimer et à élaborer leurs représentations d'attachement en entretien, et qu'ils auraient moins tendance à éviter les émotions et les thèmes pouvant être suscités dans un contexte faisant appel à leur système d'attachement. Cinquièmement, considérant le fait qu'une bonne CM favorise la régulation des émotions et du comportement, il était également attendu que la CM soit inversement liée à la dysrégulation émotionnelle de l'enfant lorsqu'il élabore un récit au sujet de l'attachement.

3. Méthode

3.1 Participants

L'échantillon de la présente étude était composé de dix-huit enfants (5 filles), âgés de 6 à 11 ans ($M_{\text{âge}} = 9$; $\dot{E}-T = 1,72$), hébergés dans deux services en protection de la jeunesse situés en banlieue de la ville de Montréal, soit une unité de vie en internat ($n = 8$) et un foyer de groupe externe ($n = 10$)⁷. Ceux-ci présentent des troubles de comportement sévères ou ont vécu un ou plusieurs traumatismes relationnels précoces, dont la maltraitance ($n = 7$), l'abus physique ($n = 8$), l'abus sexuel ($n = 5$), ont été témoins de violence physique ($n = 9$) et ont vécu l'abandon de la part d'un parent ($n = 7$).

Le critère d'exclusion de l'échantillon était la présence, chez les enfants, d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme, ces problématiques étant associées à des difficultés importantes au niveau de la CM. Les éducateurs référents ont également participé à la recherche en répondant à des questionnaires au sujet des enfants.

3.2 Déroulement

La présente étude s'inscrit dans un projet de recherche plus large visant à documenter les difficultés de comportement et les variables intrapsychiques pouvant expliquer l'agressivité manifestée par les enfants hébergés en protection de la jeunesse. Les approbations éthiques nécessaires ont été obtenues au préalable. Tout d'abord, les éducateurs référents ont été rencontrés afin de leur présenter l'objectif du projet, le déroulement ainsi que les implications de la recherche. Après avoir consenti à participer à l'étude, les éducateurs ont expliqué le projet aux parents des enfants et ont obtenu leur consentement écrit pour la participation de leur enfant. Les éducateurs ou les parents ont expliqué l'étude aux enfants, de même que la nature de leur participation, à l'aide d'une section du formulaire d'information et de consentement réservée à leur attention, où la formulation a été adaptée à leur âge.

⁷Ce type de structure accueille un petit groupe d'enfants qui habitent dans une maison intégrée à la communauté et qui fréquentent l'école du quartier. Ces enfants sont accompagnés par un groupe d'éducateurs.

Un total de trois rencontres individuelles d'évaluation se sont déroulées avec les enfants dans le contexte du projet de recherche plus large. Durant ces séances avec les enfants, un questionnaire portant sur les informations sociodémographiques et les antécédents de l'enfant a été complété par les éducateurs référents. Ces informations ont ensuite été vérifiées à l'aide des dossiers des enfants. Certains jeunes ont demandé à ce que leur éducateur les accompagne dans le local pendant l'évaluation, ces demandes ayant été acceptées par les membres de l'équipe de recherche. À travers ces rencontres, les enfants ont participé à deux tâches qui sont liées à la présente étude, soit une activité de jeu structuré visant à explorer leurs représentations d'attachement, puis un entretien semi-structuré ayant pour objectif de mesurer leurs styles et leurs représentations d'attachement ainsi que leur CM. L'activité de jeu structuré et l'entretien semi-structuré ont été enregistrés sur bande audiovisuelle à des fins de cotation et d'analyse du matériel recueilli.

3.3 Instruments de mesures

3.3.1 Questionnaire sociodémographique. Ce court questionnaire a été utilisé pour obtenir des informations à propos de l'âge de l'enfant, son niveau scolaire, le motif d'hébergement, le niveau de scolarité et l'occupation de chacun des parents, le revenu familial ainsi que les événements marquants survenus dans la vie de l'enfant.

3.3.2 Histoires d'attachement à compléter (HAC; Bretherton et al., 2003). Cet instrument consiste en une série de récits présentés aux enfants à l'aide de figurines dans lesquels sont introduits des thèmes anxiogènes facilitant l'activation de leur système d'attachement. Ainsi, les enfants peuvent compléter ces histoires en mettant en scène des relations qui reflètent leurs représentations d'attachement dans différents contextes de vie. La méthode utilisée pour les HAC est celle de Reiner et Splaun (2008), dont les instructions ainsi que le manuel de cotation ont été traduits en français (Achim, Bisailon, & Terradas, 2012; Bisailon, Achim, Mikic, & Terradas,

2012). Cette traduction a été effectuée à l'aide de la méthode de traduction/retraduction et a été approuvée par Splaun. Ce système de cotation est basé sur quatre histoires et neuf codes permettent d'évaluer les représentations d'attachement sur une échelle de Likert allant de 1 à 5, selon la qualité de la représentation. Ces codes correspondent à la perception des comportements parentaux dans les histoires élaborées par l'enfant ainsi qu'aux comportements de l'enfant représentés dans ces histoires (Reiner & Splaun, 2008; Splaun, Reiner, Steele, Steele, & Murphy, 2010). La Figure 2 détaille le système de cotation utilisé pour chacune des histoires. La version anglophone de ce système de cotation a déjà démontré une bonne fidélité. La validité convergente avec un autre système de cotation des représentations d'attachement de l'enfant a aussi été démontrée (Splaun et al., 2010). Pour la présente étude, la cotation de l'instrument a été effectuée par une personne ayant reçu la certification de Splaun. Un accord interjuge a été calculé sur plus de la moitié des protocoles de l'échantillon, déterminés aléatoirement, à l'aide de la cotation par une autre personne certifiée à cet instrument. Des analyses de corrélation intraclasse (*Intraclass Correlation Coefficient*, ICC), avec modèle à effets aléatoires à deux facteurs (Landers, 2015; Shrout & Fleiss, 1979), ont été effectuées sur les différentes variables du test afin d'évaluer la fidélité interjuge. Les analyses montrent que les coefficients obtenus pour les neuf variables varient entre 0,73 et 0,99, avec seulement deux variables se situant sous 0,87, soit l'évitement de l'attachement au père (ICC = 0,73) et l'évitement des thèmes et émotions (ICC = 0,76). Les corrélations pour la fidélité interjuge sont donc fortes dans l'ensemble.

3.3.3 Entrevue de l'attachement de l'enfant. Cet entretien est la version française du CAI (Target et al., 1998), traduit par Ensink et le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval (2002) en utilisant la méthode de traduction/retraduction. Le CAI consiste en un entretien semi-structuré composé de 15 items. Il permet l'activation des relations d'attachement et la production de narratifs d'attachement en réponse aux questions concernant les relations des enfants

avec leurs figures de soins. Le CAI permet d'évaluer le style d'attachement et la CM de l'enfant. Pour ce qui est de l'attachement, les réponses des enfants sont reliées à quatre styles d'attachement, soit sécurisant, évitant, ambivalent et désorganisé. Afin d'attribuer une catégorie d'attachement, une analyse des échelles continues et des caractéristiques générales du discours est effectuée. Les échelles continues et leurs définitions, accompagnées d'exemples cliniques, se trouvent dans le Tableau 2. Il est à noter que l'échelle de préoccupation anxieuse/morbide n'a pas été prise en compte dans la présente recherche étant donné le manque de validité de cette échelle. Des cotes de 1 à 9 sont attribuées à chacune de ces échelles continues. L'attachement dans la présente étude a été coté par une personne formée et accréditée par Shmueli-Goetz. La version anglophone du CAI présente une bonne stabilité temporelle ainsi qu'une bonne validité de construit, discriminante, de critère et prédictive (Shmueli-Goetz, Target, Fonagy, & Datta, 2008). La CM dans le CAI, quant à elle, est évaluée à partir de la *Child and Adolescent Reflective Functioning Scale*, une échelle développée par Ensink, Target, Oandasan et Duval (2015). Cette échelle vise à mesurer l'habileté de l'enfant à aborder ses relations interpersonnelles significatives et ses comportements en termes d'états mentaux (Ensink, Normandin, et al., 2015; Ensink, Target, & Oandason, 2013).

Les items sont cotés selon une échelle en 11 points, qui correspond à la qualité de la mentalisation, allant d'un refus de la mentalisation ou encore d'une organisation bizarre et désintégrée du *self* (-1) à une capacité de mentalisation exceptionnelle (9; Target, Oandasan, & Ensink, 2001). Un score global de mentalisation a été calculé pour chaque participant. Ce score correspond à la moyenne statistique des cotes obtenues par l'enfant à l'ensemble des questions évaluées du CAI. L'échelle mesurant la CM possède une bonne fidélité interjuge (Ensink, 2004). En ce qui concerne la cotation de cet instrument dans la présente étude, trois assistantes de recherche formées et accréditées par Ensink ont coté la CM à partir du CAI. L'accord interjuge

pour 25 % des protocoles cotés par les trois assistantes varie entre 0,74 et 0,98, ce qui correspond à une forte corrélation. L'indice de cohérence interne est très satisfaisant ($\alpha = 0,90$).

4. Résultats

4.1 Analyses descriptives

Des analyses descriptives ont été effectuées afin de dresser un portrait des participants sur l'ensemble des variables concernant l'attachement et la mentalisation. Les postulats de normalité ont été rencontrés pour toutes les variables, sauf pour quatre d'entre elles, pour lesquelles une transformation logarithmique (HAC : *mère rejetante*), une transformation inverse (HAC : *père rejetant*) et des transformations racines carrées (HAC : *dysrégulation émotionnelle*, CAI : *colère préoccupée envers le père*) ont été effectuées.

Les résultats des 18 participants ont été considérés dans l'analyse des HAC. Toutefois, certains participants n'ont pas pu compléter certaines parties ou l'entièreté du CAI, notamment en raison de comportements de désorganisation ou d'évitement actif à répondre aux questions de l'entretien, ce qui a entraîné certaines données manquantes (voir Tableau 3, indiquant combien de participants ont répondu pour chaque variable). Toutefois, ces comportements peuvent être pertinents à prendre en considération cliniquement et seront abordés dans la discussion des résultats.

Le Tableau 3 présente les moyennes, écarts-types et étendues des résultats obtenus aux différentes variables mesurées dans l'étude, soit les représentations d'attachement aux HAC, ainsi que la CM et les représentations d'attachement au CAI. Dans l'ensemble, les statistiques descriptives relatives aux HAC montrent que les enfants présentent en moyenne une représentation de la mère comme étant peu soutenante et du père comme n'étant pas soutenant face à leurs besoins. Il est également noté au sein du groupe une présence de dysrégulation ainsi qu'une capacité modérée à adresser les thèmes et émotions de l'histoire d'attachement (modérément cohérents) et

à résoudre le dilemme évoqué par l'histoire. La moyenne des résultats concernant les représentations *mère rejetante* et *père rejetant* indique que les participants n'ont en moyenne pas perçu leurs parents comme particulièrement rejetants. Enfin, les participants, en moyenne, ne se sont pas montrés particulièrement évitants ni en recherche de proximité par rapport à la figure d'attachement en cas de détresse.

En ce qui concerne les résultats obtenus au CAI, 4 participants sur 18 n'ont pas pu recevoir l'attribution d'une catégorie d'attachement en raison du manque de réponses. La classification principale d'attachement à la mère montre qu'un seul participant a un attachement sécurisant, tandis que cinq participants ont un attachement insécurisant et huit ont un attachement désorganisé. Pour ce qui est de la classification principale d'attachement au père, un participant a obtenu un attachement sécurisant, tandis que cinq participants ont obtenu un attachement insécurisant, sept un attachement désorganisant et un participant n'a pas pu recevoir de classification principale d'attachement au père dû au manque d'information nécessaire pour le faire. Il est de plus possible de noter que la grande majorité des participants ont obtenu une classification secondaire d'attachement évitant à la mère ($n = 11$) et au père ($n = 12$). Somme toute, il s'en dégage que l'échantillon de cette étude semble démontrer un attachement généralement insécurisant.

La CM globale moyenne pour l'ensemble des participants est considérée absente. En effet, le score se situe près de 1, signifiant une absence de réflexion chez l'enfant en termes d'états mentaux.

4.2 Analyses des relations entre les variables

Des corrélations de Pearson ont été effectuées pour vérifier la présence de relations entre les représentations d'attachement, telles qu'évaluées par les HAC, et les représentations d'attachement et la CM, tels que mesurées par le CAI.

4.2.1 Corrélations entre les représentations d'attachement explorées à l'aide des HAC et le score global de CM. Les résultats, présentés au Tableau 4, révèlent que le score global de mentalisation des participants n'est pas lié de façon significative avec la représentation de la mère comme étant soutenante ni avec la représentation du père comme étant soutenant. Cependant, les résultats montrent une tendance pour le score global de mentalisation à être lié négativement de façon modérée au score d'évitement des thèmes et émotions dans les récits d'attachement, de même qu'au score d'évitement de l'attachement avec la mère dans les mêmes récits. Le score global de mentalisation est associé significativement de façon négative et modérée avec le score de dysrégulation émotionnelle de l'enfant dans les récits d'attachement.

4.2.2 Corrélations entre les représentations d'attachement explorées à l'aide du CAI et le score global de CM. L'analyse des résultats fait ressortir des corrélations significatives positives modérées à fortes entre le score global de mentalisation d'une part et le score d'ouverture émotionnelle, d'utilisation d'exemples et de colère préoccupée envers le père lors de l'entretien sur l'attachement (voir Tableau 5). Il y a également présence d'une tendance à une corrélation modérée positive entre le score global de mentalisation et l'équilibre des références positives et négatives aux figures d'attachement.

4.2.3 Autres corrélations pertinentes. Il est intéressant de souligner les relations observées touchant l'ouverture émotionnelle dans les réponses au CAI et l'évitement des thèmes et émotions aux HAC. Bien que ces variables ne représentent pas une mesure de mentalisation en soi, elles réfèrent cependant à des éléments qui sont théoriquement associés à la capacité à mentaliser. D'ailleurs, leurs corrélations avec le score global de mentalisation ont été relevées. Les résultats révèlent un lien de corrélation positif significatif et fort entre l'évitement des thèmes et émotions et l'évitement de l'attachement avec la mère aux HAC (voir Tableau 4). Il est également observé que l'évitement des thèmes et émotions aux HAC tend à être lié négativement avec la

représentation de la mère comme étant soutenante (voir Tableau 4). Si l'on se penche sur le score d'ouverture émotionnelle au CAI, on y observe tout d'abord une tendance à une corrélation négative modérée avec l'évitement des thèmes et émotions aux HAC ($r(12) = -0,51, p = 0,06; R^2 = 0,26$). Cette ouverture émotionnelle au CAI est associée positivement et de façon significative et très forte avec l'équilibre des références positives et négatives aux figures d'attachement dans cet entretien (voir Tableau 5). Enfin, on remarque des corrélations significatives négatives et fortes entre, d'une part, l'ouverture émotionnelle et, d'autre part, l'idéalisation du père et le détachement/dénigrement/minimisation du lien d'attachement avec la mère dans l'entretien (voir Tableau 5).

5. Discussion

La présente recherche, de nature exploratoire, visait à documenter la relation entre les représentations d'attachement et la CM chez les enfants d'âge scolaire en situation d'hébergement en contexte de protection de la jeunesse. Plus spécifiquement, cette recherche avait pour objectif d'explorer comment les représentations d'attachement de ces enfants sont associées à leur capacité à mentaliser. Ceci a été exploré en faisant l'analyse détaillée des relations entre les diverses échelles liées à ces concepts de représentations d'attachement et de CM.

Styles d'attachement et capacité de mentalisation

D'abord, les statistiques descriptives montrent que les participants de cette étude semblent surtout présenter un profil d'attachement insécurisant, ce qui concorde avec la tendance qu'ont fait ressortir plusieurs recherches sur l'attachement chez les enfants en contexte de protection de la jeunesse ou ayant vécu des traumatismes relationnels précoces (Baer & Martinez, 2006; Cyr et al., 2010; Quiroga & Hamilton-Giachritsis, 2016). Les résultats montrent également que le groupe de participants a une capacité moyenne de mentalisation qui est considérée *absente*, ce qui signifie qu'ils ont beaucoup de difficulté à se représenter et à interpréter leurs comportements et ceux

d'autrui en termes d'états mentaux, c'est-à-dire de pensées, d'attentes, de désirs, de besoins, de sentiments, de croyances et d'intentions (Fonagy & Target, 1996, 1997). En effet, la moyenne se trouve près de la cote de 1, ce qui signifie qu'il y a prédominance de descriptions physiques ou comportementales, et que la mention d'états mentaux (si présente) n'est pas accompagnée d'une élaboration, ou alors d'une brève élaboration demeurant dans des termes physiques ou comportementaux (Ensink, Target, et al., 2015). Cette moyenne est également peu éloignée de la cote 0, pouvant notamment être caractérisée par un évitement actif, une résistance hostile ou un refus de répondre aux questions. Concrètement, dans le cadre des rencontres avec les enfants, ceux-ci ont manifesté une difficulté à se décrire puis à décrire des aspects de la relation avec leurs parents en employant des états mentaux. Ils ont plus souvent eu recours à des termes physiques ou comportementaux afin d'élaborer au sujet des situations interpersonnelles. De plus, les participants ont souvent été incapables de répondre aux questions posées, ont évité activement ou ont refusé d'y répondre (incluant des comportements de désorganisation pour quelques participants), et ce, plus particulièrement lors du CAI. D'un point de vue clinique, cela peut témoigner de leur difficulté à réfléchir, à s'exprimer et à élaborer au sujet de leurs représentations d'attachement tout en régulant les émotions qui y sont associées.

Relations entre les HAC et la CM

Aucune relation significative n'a été démontrée entre la CM et les représentations de la mère et du père comme étant soutenant. Toutefois, les résultats montrent une tendance pour la CM à être inversement liée à l'évitement des thèmes et émotions et à l'évitement de l'attachement avec la mère. Bien que ces relations ne soient pas statistiquement significatives, possiblement en raison du petit échantillon ne permettant pas une puissance statistique suffisante pour détecter un lien significatif, elles atteignent presque le seuil de signification. En d'autres mots, bien que le niveau de signification ne soit pas atteint, il est possible d'observer que plus la CM est élevée, moins les

enfants ont tendance à éviter d'adresser les thèmes et les émotions suscités dans l'élaboration des récits d'attachement, et moins ils ont tendance à éviter les comportements d'attachement et la communication avec la mère dans les situations où une détresse est évoquée à travers ces récits. Considérant qu'une bonne CM permet l'identification et l'interprétation des états mentaux (Allen et al., 2008) et que le niveau de mentalisation moyen de cet échantillon est considéré très faible ou absent, il semble cohérent d'observer que les participants aient pu éviter d'adresser certains thèmes ou émotions présentés dans les histoires portant sur les relations d'attachement. De plus, tel que le décrivent Fonagy et ses collègues (2007), les traumatismes relationnels précoces que ces enfants ont vécus peuvent les amener à éviter défensivement d'explorer les états mentaux. La tendance d'une relation inverse entre la capacité de mentalisation et l'évitement des comportements d'attachement et de la communication avec la mère en situation de besoin paraît également concordant avec les élaborations théoriques sur le sujet. En effet, l'attachement sécurisant constituerait une base favorable au développement de la CM, où la figure de soins présente la sensibilité nécessaire pour comprendre et refléter les états mentaux de l'enfant (Allen et al., 2008). Au sens de la théorie, il serait possible de penser que la présence de comportements abusifs ou de négligence émotionnelle de la part de la figure de soins ait pu compromettre le développement de la CM (Allen, 2001; Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2007) des enfants participant à la recherche.

Ensuite, les résultats montrent, de façon significative cette fois, que plus la CM est faible, plus il peut y avoir présence de dysrégulation émotionnelle à travers les récits d'attachement de l'enfant, ce qui confirme l'hypothèse de la relation inverse entre la CM et la régulation des émotions. Cela semble également en cohérence avec des données empiriques démontrant qu'une meilleure CM est liée à une meilleure capacité à réguler les émotions, et même avec une meilleure capacité à réguler les effets dévastateurs des traumatismes (Fonagy et al., 1995). Ce résultat pourrait

montrer qu'un déficit au niveau de la CM peut nuire à l'habileté de l'enfant à réguler les émotions négatives liées à la mise en scène des histoires activant le système d'attachement.

Relations entre les échelles du CAI et la CM

L'analyse des résultats fait également ressortir des corrélations significatives positives modérées à fortes entre le score global de mentalisation d'une part, et l'ouverture émotionnelle, l'utilisation d'exemples et la colère préoccupée envers le père d'autre part, manifestées à travers l'entretien sur l'attachement. Cela signifie d'abord qu'une CM plus développée semble être associée à une plus grande capacité à nommer des émotions variées, complexes et appropriées au contexte, et à une plus grande capacité à donner des exemples appropriés aux caractéristiques relationnelles évoquées en parlant des liens d'attachement. Ce résultat montre également qu'une meilleure CM semble associée chez ces enfants au fait de ressentir davantage de la colère envers le père lors de l'entretien sur l'attachement. Il serait possible de comprendre ce résultat par l'idée qu'une meilleure CM puisse permettre à l'enfant de prendre davantage conscience des émotions qu'il vit par rapport à ses figures d'attachement, et de ce fait, de ressentir plus vivement des émotions plus envahissantes, telles qu'une colère qui pourrait être liée aux expériences relationnelles difficiles avec une figure d'attachement. Le fait que le score de mentalisation soit lié de façon positive avec la colère préoccupée envers le père, alors que cela n'a pas été le cas à l'égard de la mère, soulève un questionnement intéressant. Par exemple, il serait possible que ce lien n'ait pas été détecté en raison de la petite taille de l'échantillon, limitant la puissance statistique. Il serait aussi possible de développer une compréhension de ce résultat en investiguant le sentiment de colère de l'enfant en parlant de son parent, et en tentant d'explorer si l'intensité manifestée de cette émotion est liée à l'expérience de l'enfant dans l'interaction avec ce parent en particulier (p. ex., si c'est la mère ou le père qui a commis des actes d'abus ou de maltraitance envers l'enfant).

Les résultats font ressortir aussi la tendance (non significative) d'une relation positive entre la CM et l'équilibre des références positives et négatives aux figures d'attachement, ce qui pourrait suggérer l'idée qu'une meilleure CM peut être associée à une meilleure capacité de se représenter et de parler des relations d'attachement de façon nuancée ou équilibrée, c'est-à-dire de les aborder de façon globale, en tenant compte des aspects positifs et négatifs de cette relation, en opposition à une description plutôt polarisée et au recours à l'idéalisation ou à la dévalorisation.

Ouverture émotionnelle et évitement des thèmes et émotions

Certaines relations touchant l'ouverture émotionnelle et l'évitement des thèmes et émotions semblent intéressantes à examiner, puisque ces variables, bien qu'elles ne soient pas des mesures de la CM en soi, représentent tout de même des éléments qui sont théoriquement associés à cette capacité. Par exemple, il ressort un lien significatif positif et fort entre l'évitement des thèmes et émotions dans les récits d'attachement et l'évitement de l'attachement avec la mère dans ces mêmes récits. En ce sens, plus les thèmes et émotions sont évités dans les récits d'attachement, plus il y a de comportements d'évitement de l'attachement avec la mère. Cette relation semble cohérente avec la théorie, décrivant que la mentalisation se développe dans le contexte des relations d'attachement, et que l'on peut avoir tendance à moins bien se représenter les états mentaux (incluant les émotions), si l'interaction entre la figure de soins et l'enfant ne lui permet pas d'explorer de façon sécurisée le monde mental (Fonagy & Target, 1997). Il est également possible d'observer que l'évitement des thèmes et émotions a tendance (de façon non significative) à être lié négativement avec la représentation de la mère comme étant soutenante. L'ouverture émotionnelle, quant à elle, est liée de façon significative positive et très forte avec l'équilibre des références positives et négatives aux figures d'attachement, ce qui signifie que la capacité de nommer des émotions variées, complexes (p. ex., émotions mixtes) et appropriées au contexte relationnel semble très fortement associée à la capacité d'aborder les relations avec la figure

d'attachement de manière nuancée. Il serait possible de penser que si une bonne CM permet entre autres d'identifier des émotions plus variées et complexes, elle permet possiblement cette complexité dans la façon de se représenter et de se référer aux figures d'attachement. Enfin, dans ce même ordre d'idées, il se trouve que le degré d'ouverture émotionnelle est lié de façon significative négative et forte avec l'idéalisation du père et le détachement/dénigrement/minimisation du lien d'attachement avec la mère. Cela concorde avec le résultat précédent et pourrait par ailleurs soulever une réflexion concernant le lien entre la CM et l'atténuation possible de mécanismes de défense tels que le clivage dans les représentations des figures d'attachement. Tel que le résumant Fonagy et ses collègues (2002), le mécanisme du clivage amène l'individu à se former une représentation mentale de l'autre qui est sursimplifiée, et par conséquent, qui n'est pas juste, puisqu'elle enlève la complexité de la coexistence d'aspects contradictoires chez une même personne. Le fait qu'une meilleure CM semble associée à une plus grande capacité à nommer des émotions variées, complexes et appropriées au contexte (ouverture émotionnelle) semble appuyer sur le plan clinique l'idée de l'utilisation d'interventions thérapeutiques basées sur le développement de la CM, telles que celles élaborées par Bateman et Fonagy (2006), afin de contribuer à la formation de représentations mentales de l'autre qui seraient plus justes et réalistes. Par ailleurs, sur le plan empirique, il a été démontré que la CM d'enfants ayant vécu un abus sexuel constituait un facteur partiellement médiateur entre l'expérience d'abus sexuel d'une part, et les symptômes dépressifs et les difficultés externalisées d'autre part (Ensink, Bégin, Normandin, & Fonagy, 2016).

6. Conclusion, retombées de l'étude, limites et pistes de recherche futures

Cette recherche présente une étude exploratoire de la relation entre les représentations d'attachement et la CM, un sujet qui a été peu étudié empiriquement, et encore moins chez les enfants d'âge scolaire ayant vécu des traumatismes relationnels précoces. Elle permet d'approfondir la

compréhension de la relation entre ces concepts en examinant les différentes composantes pouvant former les représentations attachement et la capacité à mentaliser. En outre, cette étude est intéressante considérant qu'il s'agit d'une population pour laquelle il est particulièrement difficile d'obtenir des données de recherche (considérations éthiques, difficultés dans le recrutement des participants, obtention du consentement des parents, présence de désorganisation chez les participants).

Elle comporte toutefois certaines limites. En premier lieu, la petite taille de l'échantillon entraîne une faible puissance statistique, ce qui peut nuire à la capacité à détecter des liens existants entre les variables. La petite taille de l'échantillon n'a pas permis de comparer les groupes pour évaluer comment se différencie la CM en fonction de différents styles d'attachement. Deuxièmement, l'homogénéité des participants de l'échantillon rend les résultats plus difficilement généralisables à d'autres enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces, mais vivant dans des conditions différentes de celles du foyer de groupe externe et de l'unité de réadaptation des enfants de la présente étude (p. ex., des enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces, mais étant hébergés dans d'autres services de protection de l'enfance tels que des familles d'accueil ou vivant avec des parents d'adoption). La présence d'un groupe de contrôle aurait permis de comparer ces résultats à ceux des enfants d'âge scolaire issus de la population générale n'ayant pas vécu des traumatismes relationnels précoces, en plus de pallier le problème concernant l'homogénéité des résultats.

Dans le contexte de recherches futures, il serait pertinent d'avoir accès à un échantillon plus grand d'enfants hébergés en protection de la jeunesse. En plus d'augmenter la puissance statistique, d'augmenter la possibilité de généralisation des résultats et de permettre de vérifier la présence d'une différence dans la CM selon les styles d'attachement, un plus grand échantillon d'enfants pourrait permettre d'étudier la relation entre la CM et le type de trauma relationnel précoce vécu

par l'enfant dans son passé. Dans des recherches ultérieures, il serait en outre intéressant de comparer les résultats avec un groupe de contrôle issu de la population générale. En ce qui concerne l'évaluation de l'attachement, il serait profitable de considérer certaines mesures adaptatives possibles pouvant faciliter la passation du CAI auprès des enfants qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces, pour qui cet entretien paraît être particulièrement confrontant (p. ex., enfants plus à risque d'éviter les questions, fragilité à la désorganisation lors de l'entretien). Par exemple, il pourrait être bénéfique de diviser la tâche en plus petites parties. Enfin, à la lumière de cette étude, il serait souhaitable d'intégrer des interventions basées sur la mentalisation et l'attachement au travail réalisé auprès des jeunes en contexte de protection de l'enfance afin de faciliter le processus de réadaptation.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Cette recherche a été partiellement supportée par la subvention institutionnelle du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) et le Fonds québécois de recherche - Société et culture (FQRSC). Nous remercions également la collaboration des services de protection de l'enfance ainsi que la participation des intervenants et des enfants à cette recherche. Enfin, un remerciement s'adresse à Sacha Daelman. Ph.D., de l'Université de Montréal, pour sa contribution au niveau des analyses statistiques.

Références

- Achim, J., Bisaillon, C., & Terradas, M. M. (2012). *Système de cotation centré sur l'attachement pour les histoires à compléter (SCCA). Traduction en français du Story Stems Attachment-Focused Coding System (AFCS; Reiner, & Keisler Splaun, 2008)*. Document inédit, Université de Sherbrooke, Canada.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. In J. S. Rosenblatt, R. A. Hinde, C. Beer, & M.-C. Busnel (Eds.), *Advances in the study of behavior* (Vol. 9, pp. 1-51). New York: Academic Press, inc.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Pattern of attachment: Psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185-195.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: Wiley & Sons.
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2^e éd). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2015). *La voix des enfants. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2015*. [Brochure]. Montréal: Auteur.
- Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *Journal of reproductive and infant psychology*, 24(3), 187-197.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bisaillon, C., Achim, J., Mikic, N., & Terradas, M. M. (2012). *Histoires d'attachement à compléter. Traduction française des histoires sélectionnées par A. Splaun pour utilisation avec l'Attachment-Focused Coding System (Reiner & Splaun, 2008)*. Document inédit, Université de Sherbrooke, Canada.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss : Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Bretherton, I., Oppenheim, D., Emde, R. N., & The MacArthur Narrative Working Group. (2003). The MacArthur Story Stem Battery. In R. N. Emde, D. P. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 381-396). New York: Oxford University Press.
- Centres jeunesse du Québec. (2016). Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux *Les mauvais traitements psychologiques: un mal silencieux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 412-425.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.
- DeWolff, M., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development*, 68, 571-591.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2015). Les interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès des enfants en situation d'hébergement. *Revue québécoise de psychologie*, 36(2), 229-262.
- Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 31(1), 72-75.
- Ensink, K. (2004). *Assessing theory of mind, affect understanding and reflective functioning in primary school-aged children* (Thèse de doctorat). University of London, London, United Kingdom.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: pathways to depression and externalising difficulties. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 1-10.
- Ensink, K., & le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval. (2002). *Child Attachment Interview : Version française. D'après la version originale anglaise de Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A., & Schneider, T. (1998). The Child Attachment Interview (CAI) protocol, Revised Edition VI*. Document inédit, Université Laval, Canada.
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the

- validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33, 203-217).
- Ensink, K., Target, M., Oandasan, C., & Duval, J. (2015). *Child and Adolescent Reflective Functioning Scale (CRFS) Scoring Manual – for application with the Child Attachment Interview (CAI) (Age range 8-17 years)*. Document inédit, Université Laval, Canada.
- Ensink, K., Target, M., & Oandason, C. (2013). *Child reflective functioning scale scoring manual: For application to the Child Attachment Interview*. Unpublished manuscript, London, UK: Anna Freud Centre - University College London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3/4), 288–328.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Golberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-279). Hillsdale, NJ: Analytical Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: Part I. Theory of the mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-234.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Reflective-functioning manual: version 5 for application to adult attachment interviews. University College London.
- Frederico, M. M., Jackson, A. L., & Black, C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of family studies*, 14(2-3), 342-361.
- Freeman, C. (2016). What is mentalizing? An overview. *British Journal of Psychotherapy*, 32(2), 189-201.
- Gendron, D., Guillemette, R., Jeffrey, L.-A., & Périard-Larivée, D. (2016). *Formation en mentalisation auprès d'éducateurs en centre jeunesse : impacts sur les adolescents hébergés*. Document inédit, Département de psychologie, Université de Sherbrooke. QC.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). Adult Attachment Interview Protocol. Document inédit.

- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psycho-analysis*, 77(6), 1181-1212.
- Goldsmith, H. H., & Alansky, J. A. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 805-816.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Development*, 83(2), 591-610.
- Hawkins, A. L., & Haskett, M. E. (2014). Internal working models and adjustment of physically abused children: the mediating role of self-regulatory abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(2), 135-143.
- Landers, R. N. (2015). Computing intraclass correlations (ICC) as estimates of interrater reliability in SPSS. *The Winnower*, 2.
- Lawson, D. M., Davis, D., & Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50(3), 331-335.
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., & Zoll, D. (1989). Pattern of maternal behaviour among infants at risk for abuse: Relation with infant attachment behaviour and infant development at 12 months of age. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 464-493). New York: Cambridge University Press.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 666-697). New York, NY: Guilford Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying insecure-disorganized/desoriented infants: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Nazzaro, M. P., Boldrini, T., Tanzilli, A., Muzi, L., Giovanardi, G., & Lingiardi, V. (2017). Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality? *Psychiatry Research*, 256, 169-175.

- Paradis, D. (2016). *Représentations d'attachement mère-enfant et troubles anxieux pendant l'enfance: une étude de cas multiples*. (Thèse de doctorat en psychologie). Université de Sherbrooke, Canada.
- Quiroga, M. G., & Hamilton-Giachritsis, C. (2016). Attachment styles in children living in alternative care: a systematic review of the literature. *Child Youth Care Forum*, 45, 625–653.
- Reiner, I., & Splaun, A. K. (2008). *Story Stems Attachment-Focused Coding System*. Unpublished manuscript, The New School for Social Research, New York, New York.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Datta, A., & Fonagy, P. (2004). *Child Attachment Interview (CAI) coding and scoring manual (5th version)*. Document inédit, University College London, UK.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44(4), 939-956.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269-281.
- Splaun, A. K., Reiner, I., Steele, M., Steele, H., & Murphy, A. (2010). *The congruence of mothers' and their children's representations of their relationship*. New York, New York, US: New School, New School for Social Research.
- Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74.
- Stams, G.-J. J. M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38(5), 806–821.
- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., & Steele, H. (2010). Mental representation and change: developing attachment relationships in an adoption context. *Psychoanalytic Inquiry*, 30, 25-40.
- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A., & Schneider, T. (1998). *The Child Attachment Interview (CAI) protocol, Revised Edition VI*. Unpublished manuscript, University College London, London, England.

- Target, M., Oandasan, C., & Ensink, K. (2001). *Child reflective functioning scoring manual for application to the Child Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Anna Freud Center-University College London, London, United Kingdom.
- Terradas, M. M., Achim, J., Domon-Archambault, V., & Guillemette, R. (sous presse). Souffrances dans les liens parent-enfant : réflexion théorique et clinique sur les pratiques éducatives fondées sur la mentalisation auprès des enfants victimes de maltraitance. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*.
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V., & Chabot, A. (en préparation). *Évaluation clinique de la capacité de mentalisation de l'enfant en contexte pédopsychiatrique*.
- Tessier, V. P., Normandin, L., Ensink, K., & Fonagy, P. (2016). Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80(1), 60-79.
- van Schie, C. C., van Harmelen, A.-L., Hauber, K., Boon, A., Crone, E. A., & Elzinga, B. M. (2017). The neural correlates of childhood maltreatment and the ability to understand mental states of others. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1-11.
- Weinfield, N. S., Sroufe, A. L., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 68-88). New-York: Guilford Press.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Preziosa, A., Veglia, F., & Carassa, A. (2015). Attachment representation in institutionalized children: a preliminary study using the Child Attachment Interview. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 165-175.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Saunders, R., Jacobvitz, D., & Veglia, F. (2014). Alternative caregiving figures and their role on adult attachment representations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 276-287.

Tableaux

Tableau 1

Développement de la CM : modes prémentalissants et acquis développementaux associés

Mode prémentalissant	Description ¹	Exemple	Acquis développementaux associés ²
Mode téléologique (0-1 an et demi)	L'enfant considère qu'un geste est posé uniquement pour obtenir le résultat qu'il engendre ou le résultat auquel il s'attend. Il ne considère toujours pas les états mentaux dans sa compréhension de ses propres actions et de celles des autres. Il se limite donc aux conséquences physiques et observables d'une action, sans considérer les motivations sous-jacentes ayant pu la justifier.	Si une mère retire à son enfant un objet dangereux avec lequel il avait du plaisir, ce dernier réagira par des pleurs puisqu'il n'aura plus l'objet en sa possession (conséquence physique), même si sa mère lui explique que c'est une question de sécurité (aucune considération des états mentaux d'autrui) ³ .	Au terme de ce mode, l'enfant aura accès au monde des représentations mentales en apprenant qu'une action est explicable et posée afin d'atteindre un but. Il comprendra que les êtres humains ont un monde interne composé d'états mentaux qui ne sont pas nécessairement visibles dans leurs comportements.
Mode d'équivalence psychique (1 an et demi-3 ans)	L'enfant commence à considérer ses états mentaux, mais ne les différencie toujours pas de la réalité. Il croit que ce qu'il vit intérieurement se produit aussi dans le monde externe et ne fait pas la distinction entre ce qui se passe dans son propre esprit et dans celui des autres. Il imagine que son vécu est celui de tout le monde. Or, le fait de considérer ses pensées et sentiments comme réels peut être particulièrement traumatisant pour l'enfant. Cela le pousse à chercher une nouvelle façon de composer avec les réalités interne et externe.	Au sein d'un échange téléphonique, un jeune enfant parle d'un dessin qu'il a fait comme s'il était accessible à son interlocuteur et comme si ce dernier avait accès à sa perception, sans livrer les informations nécessaires à la compréhension de son dessin ⁴ .	L'enfant comprend que les humains ont des intentions et que leurs actions peuvent être expliquées tant par des changements observables que par des états mentaux prenant place dans leur esprit. Il réalise que ses états mentaux ne sont pas nécessairement équivalents à ceux d'autrui ni à ce qui se passe dans la réalité environnante. Il est ainsi en mesure de distinguer ce qui se passe à l'intérieur de lui de ce qui se passe dans l'esprit d'autrui (distinction moi-autre) et dans son environnement (distinction moi-non moi).

Mode fictif (3-4 ans)	Avec l'acquisition de la pensée symbolique, l'enfant peut maintenant avoir recours au jeu. Cependant, à ce stade, il n'est pas conscient qu'il fait semblant lorsqu'il joue. Le monde externe ne pouvant faire partie de la conception du jeu chez l'enfant à ce mode, des éléments de réalité peuvent venir interrompre ou inhiber le jeu de faire semblant. Les mondes interne et externe se doivent donc d'être maintenus séparés.	Un garçon joue à la guerre avec son père. Lorsque le parent prend un rouleau de papier essuie-tout pour simuler un fusil, son fils interrompt le jeu pour lui faire remarquer que ce n'est pas un fusil, mais bien juste un rouleau de papier essuie-tout ³ .	L'enfant comprend que les mondes interne et externe sont des entités distinctes et séparées. Notamment, en mettant en scène son monde interne par le jeu, il réalise que celui-ci n'influence pas le monde externe tel qu'il existe réellement. À travers le jeu, l'enfant peut explorer une infinité de situations, scénarios sociaux et fantaisies sans craindre d'en encourir les conséquences, car il peut facilement en renier la portée dans le monde externe.
--------------------------	---	--	--

Note. ¹Informations tirées de Allen et al. (2008) et de Fonagy et Target (1996). ²Informations tirées de Terradas, Domon-Archambault, & Chabot (en préparation). ³Exemple tiré de Domon-Archambault et Terradas (2015). ⁴Exemple tiré de Terradas, Achim, Domon-Archambault, & Guillemette (sous presse). Ce tableau a été reproduit avec l'accord des auteurs (Gendron, Guillemette, Jeffrey, & Périard-Larivée, 2016) et il a été modifié en y ajoutant une colonne concernant les acquis développementaux liés à chaque mode prémentalissant (Terradas, Domon-Archambault, & Chabot, en préparation).

Tableau 2

Définitions des échelles continues au Child Attachment Interview (Shmueli-Goetz et al., 2004)

Échelle	Définition	Exemple
Ouverture émotionnelle	Degré auquel des émotions variées sont nommées, complexes (p. ex., émotions mixtes) et semblent appropriées au contexte relationnel dans lequel elles s'inscrivent.	Émotions variées : « J'étais fâché et triste ». Émotions complexes : « J'étais très déçu ».
Équilibre des références positives et négatives aux FA*	Degré d'équilibre entre les références positives et négatives aux FA, prenant en considération que les enfants ont une tendance naturelle à employer des termes positifs pour parler de leurs FA.	« Mon père est très comique. Il me fait rire, mais il se fâche souvent ».
Utilisation d'exemples	Degré auquel les exemples sont fréquents, appropriés aux adjectifs relationnels qu'ils cherchent à justifier, et apportés dans investigation excessive de la part de l'intervieweur.	« Ma mère est très sévère. Elle se fâche souvent quand je ne fais pas mes devoirs; elle me crie après ».
Idéalisation	Degré auquel la description positive des FA est justifiée adéquatement par des exemples, et ce, sans manque de rappel défensif ou stratégies d'évitement du contact aux souvenirs et expériences négatives (p. ex., normalisation, minimisation).	« Ma mère est affectueuse. Chaque semaine, elle me donne un grand câlin dans ses bras ».
Colère préoccupée	Degré auquel la colère dirigée vers les FA est ressentie à nouveau dans l'entrevue, envahissante dans le discours et cherche à prendre à parti l'intervieweur.	« J'étais tanné, tanné de les entendre se chicaner ! Je t'ai déjà dit que je ne comprends pas pourquoi il se chicanent autant ».
Détachement/ Dénigrement/ Minimisation du lien d'attachement	Degré auquel la valeur de la relation avec les FA et le réconfort qu'elles peuvent apporter sont déniés ou diminués. Il s'agit ici de dénigrement et de dévalorisation du lien d'attachement et des relations en général, alors que lorsque la FA en particulier est activement dénigrée, on cote plutôt comme de la colère.	« Cela ne sert à rien que je leur demande de l'aide, ils ne peuvent rien changer ».
Résolution de conflits	Degré auquel les conflits interpersonnels sont décrits et semblent s'être résolus positivement.	Après la description d'un conflit : « Après, nous nous sommes excusés et tout s'est réglé ».

Cohérence	Prend en considération l'ensemble des échelles continues ainsi que les caractéristiques générales du discours.	« Je comprends que mon père soit fâché; j'étais très tannant et ma grande sœur avait un examen le lendemain. Je ne la laissais pas se concentrer ».
-----------	--	---

Note. *FA : figure d'attachement. La traduction libre en français des définitions des échelles continues du Système de cotation de l'attachement au CAI a été réalisée par Dominique Paradis (2016). Nous avons obtenu l'autorisation de l'auteure pour reproduire dans le présent article une version simplifiée des traductions des définitions des échelles continues du CAI. Une colonne d'exemples a été ajoutée pour illustrer les échelles. Une formation et une accréditation sont nécessaires pour administrer et coter le CAI.

Tableau 3

Moyennes, écart-types et étendues de l'ensemble des variables

Variable	Moyenne	Écart-type	Étendue
Histoires d'attachement à compléter (<i>n</i> = 18)			
Mère soutenance	2,10	0,68	1 à 3,25
Père soutenant	1,68	0,51	1 à 3
Mère rejetante	1,47	0,51	1 à 3
Père rejetant	1,30	0,45	1 à 2,75
Évitement de l'attachement avec la mère	2,98	0,49	2 à 3,75
Évitement de l'attachement avec le père	2,97	0,41	2,25 à 3,75
Dysrégulation émotionnelle	2,06	1,28	1 à 5
Évitement thèmes/émotions chez l'enfant	2,13	0,89	1 à 3,50
Résolution des thèmes/émotions	3,41	1,00	1,25 à 5
Entrevue sur l'attachement de l'enfant (échelle de mentalisation)			
Mentalisation globale (<i>n</i> = 16)	0,98	1,11	-0,77 à 2,88
Entrevue sur l'attachement de l'enfant (échelles d'attachement)			
Ouverture émotionnelle (<i>n</i> = 14)	2,75	1,19	1,50 à 5,50
Équilibre réf. négative/positive au FA (<i>n</i> = 13)	2,69	1,07	1,50 à 5
Utilisation d'exemples (<i>n</i> = 14)	3,32	0,99	2 à 5
Colère préoccupée envers la mère (<i>n</i> = 13)	2,45	1,61	1 à 5,50
Colère préoccupée envers le père (<i>n</i> = 11)	1,91	1,28	1 à 5
Idéalisation envers mère (<i>n</i> = 11)	3,18	1,78	1 à 6
Idéalisation envers père (<i>n</i> = 9)	3,94	1,98	1 à 7
Détachement/dénigrement/minimisation du lien d'attachement avec la mère (<i>n</i> = 14)	5,21	1,07	3,50 à 7
Détachement/dénigrement/minimisation du lien d'attachement avec le père (<i>n</i> = 13)	5,65	1,45	3,50 à 8
Résolution de conflits (<i>n</i> = 14)	3,00	0,88	2 à 5
Cohérence (<i>n</i> = 14)	2,54	1,10	1,50 à 5

Tableau 4
Corrélations entre les variables (HAC et CM)

Codes des HAC	CM	Évitement des thèmes et des émotions négatives
1. Mère soutenance	0,25	-0,45
2. Père soutenant	0,07	-0,09
3. Mère rejetante	0,06	0,19
4. Père rejetant	-0,29	-0,07
5. Évitemment de l'attachement avec la mère	-0,46	0,61**
6. Évitemment de l'attachement avec le père	-0,33	0,32
7. Dysrégulation émotionnelle	-0,54*	0,79***
8. Évitemment thèmes et des émotions	-0,47	1
9. Résolution des thèmes et des émotions	0,30	-0,57*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 5
Corrélations entre les variables (CAI et CM)

Échelles du CAI	CM	Ouverture émotionnelle
10. Ouverture émotionnelle ($n = 14$)	0,58*	1
11. Équilibre réf. négative/positives aux FA ($n = 13$)	0,52	0,87***
12. Utilisation d'exemples ($n = 14$)	0,66**	0,74**
13. Colère préoccupée envers la mère ($n = 13$)	0,31	-0,29
14. Colère préoccupée envers le père ($n = 11$)	0,67*	0,41
15. Idéalisation envers mère ($n = 11$)	0,14	0,17
16. Idéalisation envers père ($n = 9$)	-0,29	-0,68*
17. Détachement/dénigrement/minimisation du lien d'attachement avec la mère ($n = 14$)	-0,34	-0,64*
18. Détachement/dénigrement/minimisation du lien d'attachement avec le père ($n = 13$)	-0,14	-0,42
19. Résolution de conflits ($n = 14$)	0,53*	0,90***
20. Cohérence ($n = 14$)	0,54*	0,90***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

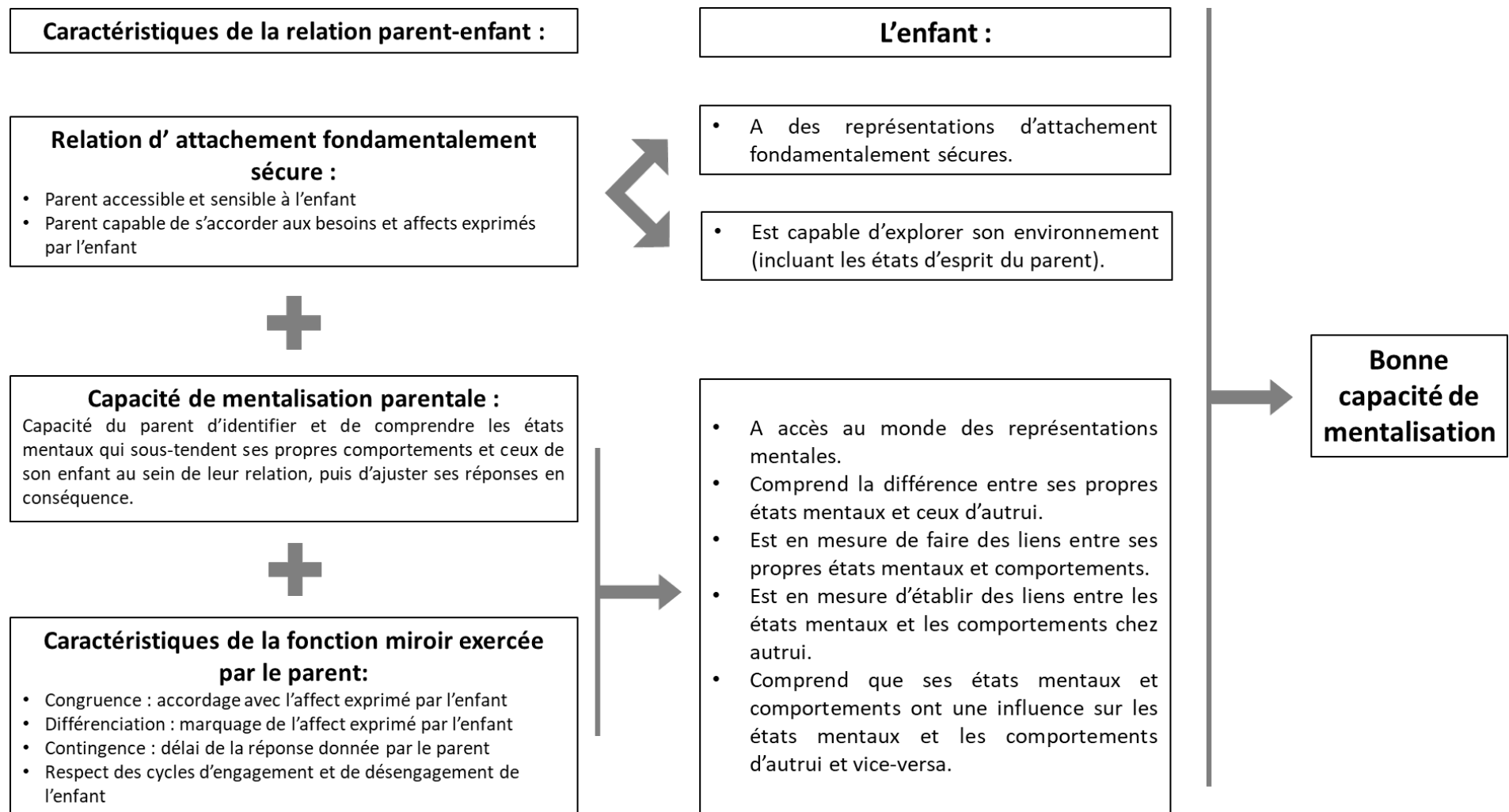


Figure 1. Carte conceptuelle du développement normal de la capacité de mentalisation par le biais d'une relation d'attachement sécurisante avec la figure de soins. Cette carte conceptuelle s'inspire des notions développées par Allen (2005), Fonagy, Jurist, Gergely et Target (2002) et Slade (2005).

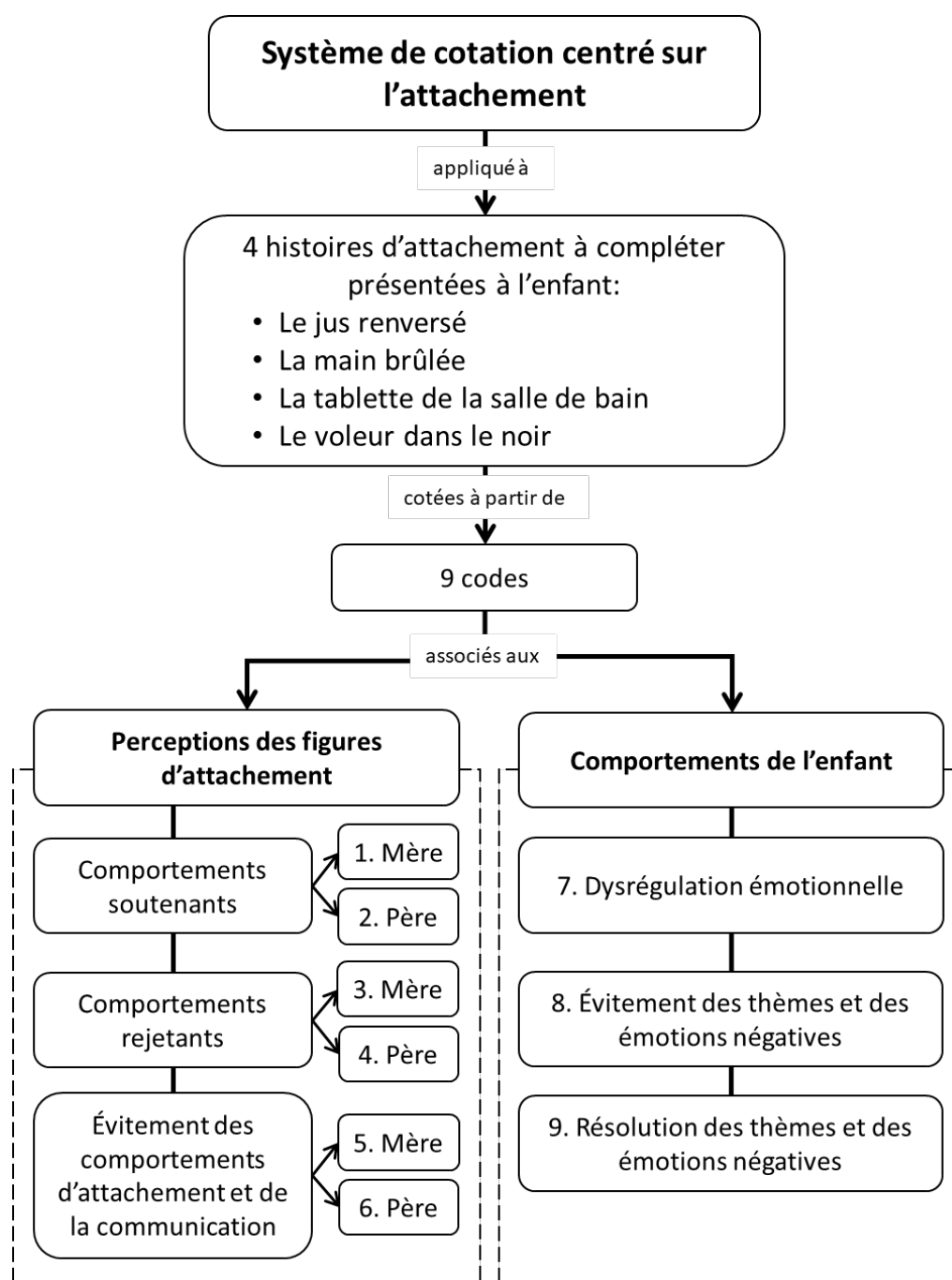


Figure 2. Schéma permettant de rendre compte du Système de cotation des histoires d'attachement à compléter proposé par Reiner & Splaun (2008). Une formation et une accréditation sont nécessaires pour administrer et coter les HAC.

Conclusion

Cette thèse est composée de deux articles. Le premier avait pour objectif de présenter une revue de la documentation scientifique sur les sujets de l'attachement et de la mentalisation, ainsi que sur les liens étroits qui unissent ces concepts, en se penchant plus particulièrement sur le cas des enfants hébergés en protection de la jeunesse ayant vécu des traumatismes relationnels précoces. La théorie de l'attachement a été survolée, de même que la définition des représentations d'attachement qui en découlent. La notion de mentalisation a été définie, et les étapes de son développement normal chez l'enfant ont été décrites. Également, la notion de traumatismes relationnels précoces a été présentée, en abordant ses effets nocifs sur le développement d'une relation d'attachement sécurisante ainsi que sur le déploiement de la capacité de mentalisation. Cet article souligne notamment l'influence importante des interactions de la figure de soins avec l'enfant, telles que sa façon de répondre à ses besoins et de lui refléter ses états mentaux, sur le développement : 1) du sentiment de sécurité de l'enfant, 2) de ses représentations mentales concernant sa figure d'attachement et 3) de sa capacité à comprendre et interpréter les comportements en termes d'états mentaux. Une recension des études empiriques portant sur le lien entre l'attachement et la capacité de mentalisation a été présentée, faisant ressortir la rareté des recherches auprès des enfants d'âge scolaire en situation d'hébergement. À la fin de cet article, une illustration du lien entre les représentations d'attachement et la mentalisation a été élaborée afin d'intégrer ces concepts dans une compréhension du cas spécifique de ces enfants.

Le deuxième article a été réalisé à la lumière du contenu présenté dans le premier manuscrit. Il présente une étude exploratoire, de nature empirique, des liens entre les représentations d'attachement et la capacité de mentalisation chez 18 enfants d'âge scolaire hébergés en foyer de groupe externe et en unité de réadaptation en centre jeunesse. Cette étude avait pour objectif

d'explorer chez ces enfants, ayant vécu des traumatismes relationnels précoces, comment les représentations mentales qu'ils se sont formées à propos de leur relation avec leur figure de soins seraient associées à leur capacité à mentaliser. Cette recherche a par le fait même permis de qualifier la capacité de mentalisation de ce groupe d'enfants, puis de décrire de façon générale les différentes composantes de leurs représentations d'attachement. Les HAC (Bretherton et al., 2003) et le CAI (Target et al., 1998) ont permis d'évaluer divers éléments des représentations d'attachement. L'échelle de fonctionnement réflexif appliquée au CAI (Ensink et al., 2012; Target et al., 2001) a quant à elle servi à mesurer leur capacité de mentalisation.

Les analyses descriptives font d'abord ressortir que la classification d'attachement des enfants de l'échantillon est généralement de type insécurisant ou désorganisé, à l'exception d'un participant évalué comme étant sûr. De plus, elles mettent en évidence une capacité moyenne de mentalisation considérée *absente* pour l'ensemble des participants. L'analyse descriptive des représentations d'attachement fait notamment ressortir que le groupe a tendance à se représenter les parents comme étant peu soutenant.

Les résultats obtenus dans ce deuxième article révèlent que le score global de mentalisation des participants n'est pas associé de façon significative avec la représentation de la mère comme étant soutenant ni avec la représentation du père comme étant soutenant. Toutefois, un lien significatif inverse a été relevé entre le score de mentalisation et le score de dysrégulation émotionnelle de l'enfant obtenu dans les récits d'attachement, ce qui rejoint la proposition théorique selon laquelle la capacité de mentalisation aiderait l'enfant à mieux comprendre et réguler ses émotions (Fonagy et al., 1995). L'analyse des résultats met aussi en lumière des liens

positifs significatifs entre le score global de mentalisation d'une part, et le score d'ouverture émotionnelle, d'utilisation d'exemples et de colère préoccupée envers le père lors de l'entrevue sur l'attachement. Ces résultats ont été discutés et des pistes explicatives ont été proposées afin de mieux comprendre les liens relevés. Par ailleurs, certaines tendances dans les résultats ont été soulevées car, bien qu'elles représentent des liens non significatifs, elles sont tout de même pertinentes à considérer dans l'étude des variables.

Cette recherche démontre l'importance d'approfondir la compréhension de la relation entre la capacité de mentalisation et les représentations d'attachement, un sujet qui a été peu étudié empiriquement, d'autant plus chez les enfants d'âge scolaire ayant vécu des traumatismes relationnels précoces. Bien que cette étude exploratoire ait mené à des résultats préliminaires, elle a contribué de façon intéressante à la recherche empirique sur le sujet. En effet, en plus de se démarquer par l'obtention de données auprès d'enfants hébergés en centre jeunesse, elle s'est penchée sur l'examen des liens entre la mentalisation et les différentes composantes pouvant former les représentations d'attachement, ce qui, à notre connaissance, n'a pas encore été précisé dans les recherches antérieures.

Il est à noter que la présente recherche comporte certaines limites, qui ont été rapportées dans le deuxième article. D'abord, la petite taille de l'échantillon a pu limiter la puissance statistique et la généralisation des résultats. Elle a également rendu impossible une comparaison de groupes pour évaluer comment se différencie la capacité de mentalisation en fonction de différents patrons d'attachement. De plus, en raison de l'homogénéité des participants de l'échantillon, les résultats seraient plus difficilement généralisables à d'autres enfants ayant vécu des traumatismes relationnels

précoces, mais vivant dans des conditions différentes de celles du foyer de groupe et de l'unité de réadaptation des enfants de la présente étude.

Plusieurs pistes seraient pertinentes à envisager dans le cadre de recherches futures afin de poursuivre l'approfondissement de la compréhension du lien entre l'attachement et la mentalisation. Par exemple, l'accès à un échantillon plus vaste d'enfants permettrait d'augmenter la puissance statistique, ouvrant ainsi une possibilité plus élevée de détecter des liens significatifs. Cela permettrait également d'augmenter la possibilité de généralisation des résultats et rendrait possible la vérification de la présence d'une différence dans la capacité de mentalisation selon le patron d'attachement. Par ailleurs, avec l'accès à un plus grand échantillon d'enfants ayant vécu un trauma relationnel, il serait intéressant de vérifier la présence d'une différence dans la capacité de mentalisation en fonction du type de trauma vécu par l'enfant dans son passé. Enfin, la comparaison de résultats en ayant recours à un groupe de contrôle issu de la population générale serait également pertinente dans la poursuite de l'étude du sujet.

Pour conclure, sous un angle clinique, cette thèse appuie l'idée qu'il serait profitable d'intégrer des interventions basées à la fois sur la mentalisation et les représentations d'attachement au sein du travail réalisé auprès des enfants hébergés par la protection de la jeunesse. Il serait profitable pour les éducateurs de se familiariser avec les notions de mentalisation afin de favoriser le développement de cette capacité auprès de ces enfants. En ce sens, les psychologues pourraient jouer un rôle clé comme consultants ou formateurs auprès des éducateurs à ce sujet. La qualité de la mentalisation comportant un caractère fluctuant, particulièrement lors de situations émotionnellement chargées, la familiarisation avec cette notion pourrait possiblement contribuer à

soutenir leur propre capacité à mentaliser lors de situations difficiles dans leur travail sur le terrain. De plus, par leur présence quotidienne dans le milieu de vie de ces enfants, les éducateurs peuvent jouer un rôle potentiel de figure d'attachement, offrant des expériences correctrices qui peuvent aider à faire évoluer les représentations d'attachement ainsi que la capacité à mentaliser de ces enfants. Éventuellement, il serait intéressant de vérifier la présence d'effets bénéfiques sur le processus de réadaptation de ces enfants ainsi que sur leur régulation comportementale et émotionnelle, suite au vécu des traumatismes relationnels précoces.

Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Pattern of attachment: Psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss : Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Bretherton, I., Oppenheim, D., Emde, R. N., & The MacArthur Narrative Working Group. (2003). The MacArthur Story Stem Battery. In R. N. Emde, D. P. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 381-396). New York: Oxford University Press.
- Ensink, K., & le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval. (2002). *Child Attachment Interview : Version française. D'après la version originale anglaise de Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A., & Schneider, T. (1998). The Child Attachment Interview (CAI) protocol, Revised Edition VI*. Document inédit, Université Laval, Canada.
- Ensink, K., Normandin, L., Sabourin, S., Fonagy, P., & Target, M. (2012). Mentalisation in middle-childhood: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *International Journal of Psychology*, 47, 772.
- Ensink, K., Target, M., Oandasan, C., & Duval, J. (2015). *Child and Adolescent Reflective Functioning Scale (CRFS) Scoring Manual – for application with the Child Attachment Interview (CAI) (Age range 8-17 years)*. Document inédit, Université Laval, Canada.
- Feeney, B. C., Cassidy, J., & Ramos-Marcuse, F. (2008). The generalization of attachment representations to new social situations: predicting behavior during initial interactions with strangers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(6), 1481-1498.

- Fernandez, E. (2008). Unravelling emotional, behavioural and educational outcomes in a longitudinal study of children in foster-care. *British Journal of Social Work*, 38, 1283–1301.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Golberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-279). Hillsdale, NJ: Analytical Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: Part I. Theory of the mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-234.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700.
- Frederico, M. M., Jackson, A. L., & Black, C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of family studies*, 14(2-3), 342-361.
- Hawkins, A. L., & Haskett, M. E. (2014). Internal working models and adjustment of physically abused children: the mediating role of self-regulatory abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(2), 135–143.
- Lawson, D. M., Davis, D., & Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50(3), 331-335.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying insecure-disorganized/desoriented infants: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse*. [Brochure]. Québec.
- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., & Steele, H. (2010). Mental representation and change: developing attachment relationships in an adoption context. *Psychoanalytic Inquiry*, 30, 25-40.
- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A., & Schneider, T. (1998). *The Child Attachment Interview (CAI) protocol, Revised Edition VI*. Unpublished manuscript, University College London, London, England.

- Target, M., Oandasan, C., & Ensink, K. (2001). *Child reflective functioning scoring manual for application to the Child Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Anna Freud Center-University College London, London, United Kingdom.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Saunders, R., Jacobvitz, D., & Veglia, F. (2014). Alternative caregiving figures and their role on adult attachment representations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 276-287.

Appendice A

Histoires d'attachement à compléter

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice B

Entrevue sur l'attachement de l'enfant

Document retiré pour respect du droit d'auteur

